



**TECHNICKÁ UNIVERZITA V LIBERCI**  
**ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ**

Studijní program: B 5341 Ošetrovatelství

Studijní obor: 5341R009 Všeobecná sestra

## **Psychosomatická onemocnění v dospělosti**

### **Psychosomatic diseases in adulthood**

Pavlína Honců

Bakalářská práce  
2010

TECHNICKÁ UNIVERZITA V LIBERCI

Technická univerzita v Liberci

Ústav zdravotnických studií

Akademický rok: 2007/2008

## ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Pavína HONCŮ**

Studijní program: **B5341 Ošetrovatelství**

Studijní obor: **Všeobecná sestra**

Název tématu: **Psychosomatická onemocnění v dospělosti**

### Z á s a d y p r o v y p r a c o v á n í :

Cíl:

- 1) Zjistit, zda psychické faktory ovlivňují hladinu krevního tlaku.
- 2) Zjistit, zda si lidská populace uvědomuje závislost hladiny krevního tlaku na psychických aspektech.

Předpoklady:

- 1) Míra a intenzita stresu je činitelem na vysokém krevním tlaku.
- 2) Těžké psychosociální situace ovlivňují hladinu krevního tlaku.
- 3) Lidská populace si neuvědomuje závislost krevního tlaku na psychických aspektech (vztah tělo a duše).

Metody:

Analýza dostupných zdrojů a informací.

Výzkum proveden pomocí dotazníku.



Rozsah grafických prací:

Rozsah pracovní zprávy:

40-50 stran

Forma zpracování bakalářské práce:

tištěná/elektronická

Seznam odborné literatury:

MORSCHITZKY, Hans; SATOR, Sigrid; Babka, Petr. Když duše mluví řečí těla. 1. vyd. Praha: Portál, 2007

DANZER; GERHARD. Psychosomatika. 1. vyd. Praha: Portál, 2001

KOMÁREK, Stanislav. Spasení těla. 1. vyd. Mladá fronta, 2005

WIDIMSKÝ, Jiří. Arteriální hypertenze. 1. vyd. Praha: Triton, 2007

WIDIMSKÝ, Jiří. Hypertenze. 1. vyd. Praha: Triton, 2002

ŠTOCHLOVÁ, Jaroslava; CÍFKOVÁ Renata. Vysoký krevní tlak. 1. vyd. Praha: Triton 2007

Vedoucí bakalářské práce:

PhDr. Lenka Krámská


Katedra pedagogiky a psychologie

Datum zadání bakalářské práce:


30. března 2008

Termín odevzdání bakalářské práce:

30. dubna 2009

  
prof. Ing. Vojtěch Konopa, CSc.  
rektor



  
prof. MUDr. Miloš Hájek, DrSc.  
pověřen vedením ústavu

V Liberci dne 30. března 2008

- 2 -06- 2009

úzs 348/2009

Jméno: PAULINA HONCU  
Datum narození: 10. 5. 1987  
Adresa trvalého bydliště: BOZKOV 206  
5 12 13 BOZKOV  
Číslo telefonu: 739 233 693  
E - mail: paulinahoncu@seznam.cz

Ročník: 3  
Prezenční st. - Kombinované st.\*  
Studijní obor: KVĚČEBNÁ VĚSTRA  
Zaměření: .....  
Osobní číslo: 206000-14

## Ž Á D O S T

ŽÁDÁM O PRODLOUŽENÍ TERMÍNU ODEVZDÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE  
NA TÉMA PSYCHOSOMATICKÁ ONEMOCNĚNÍ V DOSPĚLOSTI  
DO 30. 4. 2010      Odůvodnění žádosti: .....

26. 5. 2009  
datum

Honcu Paulina  
podpis studenta

Prohlašuji, že jsem pravdivě vyplnila veškeré údaje.

\*nehodící se škrtněte

- 2 -06- 2009

Jan Džura



TECHNICKÁ UNIVERZITA V LIBERCI

Ústav zdravotnických studií

461 17 Liberec 1, Studentská 2

Tel.: 485 353 722 Fax: 485 353 721

Studentka  
Pavlaína Honců  
Bozkov 206  
512 13 Bozkov

Vyřizuje: M. Bobková/485 353 724

V Liberci dne 10.7.2009  
č.j.: ÚZS/348/2009

Vážená studentko,

na základě Vaší žádosti ze dne 2. června 2009 pod č.j. ÚZS/348/2009 Vám sděluji, že  
Vaši žádost povoluji.

S pozdravem

Prof. MUDr. Miloš Hájek, DrSc.  
pověřen vedením ústavu

## Prohlášení

Byl(a) jsem seznámen(a) s tím, že na mou bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, zejména § 60 – školní dílo.

Beru na vědomí, že Technická univerzita v Liberci (TUL) nezasahuje do mých autorských práv užitím mé bakalářské práce pro vnitřní potřebu TUL.

Užiji-li bakalářskou práci nebo poskytnu-li licenci k jejímu využití, jsem si vědom(a) povinnosti informovat o této skutečnosti TUL. V tomto případě má TUL právo ode mne požadovat úhradu nákladů, které vynaložila na vytvoření díla, až do jejich skutečné výše.

Bakalářskou práci jsem vypracoval(a) samostatně s použitím uvedené literatury a na základě konzultací s vedoucím bakalářské práce a konzultantem.

Datum: 30. 3. 2008

Podpis: 

## **Poděkování**

Děkuji PhDr. Lence Krámské za cenné rady, návrhy a připomínky při zpracovávání mé bakalářské práce.

Poděkování dále patří pracovníkům a klientům/pacientům v kardiologické ambulanci MUDr. J. Gillára v Liberci a u praktické lékařky MUDr. M. Štrynclové v Liberci.



# **Psychosomatická onemocnění v dospělosti**

## **Anotace**

Bakalářská práce se obecně zabývá psychosomatikou a psychosomatickými onemocněními. Podrobněji se tato práce zaměřuje na psychosomatické onemocnění, kterým je esenciální hypertenze. Práce si klade za cíl, zhodnotit zda psychické faktory ovlivňují hladinu krevního tlaku a zjistit, zda si lidská populace uvědomuje závislost krevního tlaku na psychických aspektech.

Je složena ze dvou částí, první část teoretická a druhá praktická. V teoretické části je poskytnuta stručná historie psychosomatiky, její koncepce, teorie a přehled psychosomatických onemocnění. Více je teoretická část zaměřena přímo na psychosomatické onemocnění, kterým je esenciální hypertenze, protože právě na toto onemocnění je zaměřena praktická část. Praktická část začíná stanovením cílů a hypotéz. Pokračuje popisem metodiky, organizací výzkumu, sběrem, zpracováním a vyhodnocením získaných dat. Podkladem výzkumu je dotazník, který je zaměřen na esenciální hypertenzi, který byl předkládán pacientům/klientům v kardiologické ambulanci MUDr. J. Gillára a u praktické lékařky MUDr. M. Štrynclové Liberci.

## **Klíčová slova:**

psychosomatická onemocnění, esenciální hypertenze, krevní tlak, zdravotní sestra



# **Psychosomatic diseases in adulthood**

## **Annotation**

This bachelor thesis deals with psychomatic medicine and psychosomatic diseases. Especially it is focused on the esential hypertension disease. The aim of this thesis is to analyze whether psychic factors influence the level of blood pressure and to investigate whether people are conscious of blood pressure dependance on the psychic aspects.

This thesis is divided into two parts – theoretical and practical. The history of the psychosomatic medicine, its concept, theories, the summary of psychosomatic diseases and the esential hypertension disease characteristics are outlined in the theoretical part. The practical part deals with objective and hypotheses settings, methodology, research organization, data acquisition, processing and evaluation. This research was based on the result evaluation of a question-form for patients/clients of the cardiological ambulance and with the cooperation of general practitioner (MUDr. J. Gillár and MUDr. M. Štrynclová Liberec).

## **Keywords:**

psychosomatic diseases, esencial hypertenzion, nurse, blood pressure

# Obsah

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK.....	12
1 ÚVOD.....	13
TEORETICKÁ ČÁST	
2 VYSVĚTLENÍ POJMU PSYCHOSOMATIKA.....	14
3 HISTORIE A VÝVOJ PSYCHOSOMATIKY, PSYCHOSOMATICKÁ MEDICÍNY .....	17
3.1 HISTORIE PSYCHOSOMATICKÉHO MYŠLENÍ .....	17
3.2 HISTORIE PSYCHOSOMATICKÉ MEDICÍNY .....	18
3.3 VÝVOJ PSYCHOSOMATICKÉ MEDICÍNY V ČESKOSLOVENSKU .....	19
4 KONCEPCE A TEORIE PSYCHOSOMATIKY .....	20
4.1 PSYCHOANALYTICKÁ TEORIE.....	20
4.2 KORTIKOVISCERÁLNÍ KONCEPCE .....	20
4.3 KONCEPCE PSYCHICKÉHO STRESU.....	21
4.3.1 <i>Teorie vycházející z koncepce psychického stresu</i> .....	21
4.4 KONCEPCE ŽIVOTNÍCH UDÁLOSTÍ.....	22
4.4.1 <i>Faktory ovlivňující následky životních událostí</i> .....	22
4.5 OSTATNÍ KONCEPCE A SMĚRY .....	23
4.5.1 <i>Koncepce alexitymie</i> .....	23
4.5.2 <i>Teorie rodiny</i> .....	24
5 ROZDĚLENÍ PSYCHOSOMATICKÝCH ONEMOCNĚNÍ.....	24
5.1 ŠIROKÉ POLE PSYCHOSOMATIKY .....	24
5.2 PŘEHLED ONEMOCNĚNÍ S PRIMÁRNĚ TĚLESNOU SYMPTOMATIKOU.....	24
5.3 ONEMOCNĚNÍ S PRIMÁRNĚ VNITŘNÍ DUŠEVNÍ SYMPTOMATIKOU .....	25
5.4 ONEMOCNĚNÍ S PORUCHAMI CHOVÁNÍ.....	25
6 FAKTORY MAJÍCÍ VLIV NA VZNIKU A PRŮBĚH PSYCHOSOMATICKÝCH ONEMOCNĚNÍ .....	26
7 CHARAKTERISTIKA PSYCHOSOMATICKY NEMOCNÝCH .....	28
7.1 PSYCHOSOMATIKA A PSYCHOLOGOVÉ.....	28
7.2 MEDICÍNA A PSYCHOSOMATIKA .....	128
8 DIAGNOSTIKA PSYCHOSOMATICKÝCH PORUCH PŘEHLED .....	29
9 TERAPIE PSYCHOSOMATICKÝCH PORUCH .....	30
10 PREVENCE CHOROB Z PSYCHOSOMATICKÉHO POHLEDU .....	31
11 ESENCIÁLNÍ HYPERTENZE .....	32
11.1 DEFINICE, FYZIOLOGICKO- PATOLOGICKÝ ÚVOD .....	32
11.2 ETIOLOGIE .....	32
11.3 PSYCHICKÉ PŘÍČINY HYPERTONIE .....	33
11.4 DIAGNOSTIKA.....	33
11.5 <i>Klinický obraz ( viz tab. 2)</i> .....	34
11.6 PSYCHOSOMATICKÝ POHLED NA ESENCIÁLNÍ HYPERTENZI.....	35
11.7 LÉČBA ESENCIÁLNÍ HYPERTENZE .....	37
11.8 PLÁNOVANÁ OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE U NEMOCNÉHO S ESENCIÁLNÍ HYPERTENZÍ.....	39
<u>PRAKTICKÁ ČÁST</u>	
12 CÍLE A HYPOTÉZY PRÁCE .....	41
12.1 CÍLE.....	41
12.2 HYPOTÉZY.....	41

<b>13 METODIKA A ORGANIZACE VÝZKUMU .....</b>	<b>42</b>
13.1 POPIS VÝZKUMNÉHO VZORKU A METODY .....	42
13.2 ORGANIZACE VÝZKUMU .....	42
<b>14 VÝSLEDKY VÝZKUMU .....</b>	<b>43</b>
14.1 POHLAVÍ .....	43
14.2 VĚK .....	43
14.3 VĚK PŘI ZJIŠTĚNÍ VYSOKÉHO KREVNÍHO TLAKU .....	44
14.4 VÝSKYT HYPERTENZE U DALŠÍCH ČLENŮ RODINY RESPONDENTŮ .....	44
14.5 PŘEHLED POVOLÁNÍ U RESPONDENTŮ POSTIŽENÝCH ESENCIÁLNÍ HYPERTENZÍ .....	45
14.6 UŽÍVÁNÍ MEDIKACE NA VYSOKÝ KREVNÍ TLAK .....	46
14.7 PŘEHLED NAMĚŘENÝCH HODNOT KREVNÍHO TLAKU RESPONDENTŮ .....	46
14.8 STRES A ESENCIÁLNÍ HYPERTENZE .....	47
14.9 TĚŽKÉ ŽIVOTNÍ SITUACE A ESENCIÁLNÍ HYPERTENZE .....	50
14.11 POTLAČENÍ ZLOBY, PODŘIZOVÁNÍ OKOLÍ .....	51
14.12 SOUVISLOST TĚLESNÉ A DUŠEVNÍ SLOŽKY ČLOVĚKA .....	52
14.13 VYHLEDÁNÍ ODBORNÉ POMOCI, DOPORUČENÍ LÉKAŘE .....	54
14.14 VYHODNOCENÍ HYPOTÉZ VÝZKUMU .....	55
14.14.1 Hypotéza č. 1 .....	55
14.14.2 Hypotéza č. 2 .....	55
14.14.2 Hypotéza č. 3 .....	56
<b>15. DISKUZE .....</b>	<b>57</b>
<b>16. ZÁVĚR .....</b>	<b>59</b>
<b>SOUPIS BIBLIOGRAFICKÝCH CITACÍ .....</b>	<b>61</b>
<b>SEZNAM PŘÍLOH .....</b>	<b>63</b>

## **Seznam použitých zkratk**

P/K- pacient/ klient

LK- levá srdeční komora

TK- tlak krve

TKs- tlak krve systolický

TKd- tlak krve diastolický

mm Hg- milimetry rtuťového sloupce

P- puls

D- dech

CNS- centrální nervová soustava

CMP- cévní mozková příhoda

LSS- levostranné srdeční selhání

AP- angina pectoris

ICHs- ischemická choroba srdeční

TIA- tranzistentní ischemická ataka

GF-glomerulární filtrace

RTG- rentgen

# 1 Úvod

Psychosomatika byla poprvé nazvána jménem před 175 lety. Lékař Heinroth použil v roce 1818 ve své knize Učebnice poruch duševního života pojem psychosomatika v souvislosti s poruchami spánku, o nichž se domníval, že jsou způsobeny určitými duševními stavy a náladami. Přesto trvalo ještě skoro celé století, než z toho slova začal vznikat určitý postoj a forma medicíny i zcela jedinečný způsob diagnostiky a terapie lidských onemocnění. [1]

Psychosomatiku lze chápat, jako složité propojení biologického a psychosociálního pohledu na člověka ve zdraví a nemoci. O psychosomatice se s nadsázkou hovořilo jako o medicíně budoucnosti, protože odkrývá souvislosti mezi tělem a psychikou člověka a také poukazuje na psychické pozadí řady somatických onemocnění. V současné době je psychosomatický pohled na člověka obvyklý v řadě lékařských oborů. [11]

Psychosomatika je velice starý obor, když pomyslíme na přírodní léčitele nebo šamany, ale zároveň i nejmladší lékařský obor, který se emancipoval z ryze přírodovědeckého a izolovaného tělesného pojetí nemoci a snaží se vidět celého nemocného člověka s jeho vztahem těla k okolí i s jeho vztahem k vlastnímu tělu, s jeho psychickým uspořádáním, s jeho životní, rodinnou i sociální situací. [2] Pod vlivem výzkumů v oblasti hlubinné psychologie se zjišťuje, že nemoc není pouze tělesný, ale i duševní proces. Psychosomatické výzkumy dokázaly, že duševní potíže narušují funkce jednotlivých tělesných orgánů a tím vytvářejí v těle vhodné prostředí pro vznik nemoci. [7] Je dobré vědět, že může být psychicky podmíněna jakákoliv tělesná porucha, od dramaticky působící psychogenní slepoty až po velmi časté tělesné napětí a vegetativní příznaky, jako je zvýšené pocení, pocity tepla nebo zimy, pocity tělesného vyčerpání, únavy apod. [2]

Kardiovaskulární poruchy zařazujeme také do psychosomatických onemocnění. Právě tyto poruchy jsou v dnešní době v popředí zájmu, protože jsou příčinou více jak poloviny úmrtí z celkového množství. Ve skutečnosti umírá v našich zemích každý druhý člověk na následky onemocnění srdce a krevního oběhu, přitom velice často postihují osoby v produktivním věku a vyřazují je ze života i pracovního procesu. [11]

Vedle funkčních poruch srdce, dále stojí z psychosomatického hlediska nejzajímavější, v rámci zaměření tématu této práce onemocnění nazývaní se esenciální hypertenze. Jde o onemocnění se složitou patogenezi, kde se významnou měrou uplatňují i psychosociální

složky. Právě hypertonie nebo hypotonie pokud jsou esenciální nebo idiopatické, srdeční neurózy a často také infarkty srdce jsou psychoterapeuticky ošetřovány příliš málo. Víra v léky a v chirurgické zákroky je jak u lékařů, tak i u laiků stále ještě neotřesitelná. [1]

Z hlediska problému lidské populace s krevním tlakem, sem se začala o toto téma zajímat. Zaměřila jsem se, přímo na esenciální hypertenzi a přišlo mi velice zajímavé snažit se, zjistit potřebné informace o tomto onemocnění. Pro zjištění patologických faktorů, které mají vliv na vzestup krevního tlaku, sem použila metodu výzkumu dotazníky. Dotazníky jsem rozdala postižené populaci tímto onemocnění, zaměřila jsem se v nich spíše na psychické faktory, stres a překonané těžké životní situace.

Cílem mé práce bylo zjistit, zda psychické faktory ovlivňují hladinu krevního tlaku a o jaké faktory se nejčastěji jedná. Dále zjistit, zda si lidská populace vůbec uvědomuje závislost kladiny krevního tlaku na psychických aspektech.

Práci jsem rozdělila na část teoretickou a část výzkumnou. V teoretické části je zahrnuto vysvětlení pojmu psychosomatika, stručná historie psychosomatiky, různé koncepce, směry psychosomatiky a stručný přehled jednotlivých psychosomatických onemocnění. Více je práce zaměřena přímo na esenciální hypertenzi její faktory podílející se na vzniku, příznaky, příčiny, klinický obraz, chápání tohoto onemocnění z pohledu psychosomatiky, ošetrovatelskou péči a léčbu. Výzkumná část obsahuje zpracované výsledky dotazníkového výzkumu a vyvrácení či potvrzení hypotéz.

# TEORETICKÁ ČÁST

## 2 Vysvětlení pojmu psychosomatika

Psychosomatika je odvozena od dvou slov, od slova *psyche*, což znamená duševno, psychično i naši životní situaci, jak na různé situace dokážeme v daných chvílích zareagovat. Dále je psychosomatika odvozena od slova *soma*, což znamená řecky tělo. Jedná se tedy o celostní pohled na zdraví a nemoc. Psychosomatika se zabývá vztahy mezi duševnem a tělesnem, které nechápe rozděleně, ale jako dvě vzájemně propojené nádoby či vzájemně propojené systémy. Psychosomatická reakce je naprosto zdravá podoba prožívání. Každá tělesná reakce rozpoutá nějaké pocity a každý pocit vyvolá v důsledku danou tělesnou reakci. Pojmy „psychosomatické choroby“ a „psychosomatózy“ pak označují patologické formy vztahu mezi tělem a duší, spolupůsobení fyzických a psychických faktorů při vzniku a průběhu nemocí. [3] Psychosomatika nehodlá přisuzovat menší význam tělesným faktorům, ale naopak chce i zdůraznit význam duševních faktorů. [6]

Pojem psychosomatika je dodnes mnohými pacienty, psychology a lékaři používán v zavádějícím a zároveň nepřesném smyslu. Často je chybně míněna medicína, která pečuje o nemocné a jejich primární duševní trápení, kterému je pak přisuzována odpovědnost za sekundární tělesnou poruchu. Příčiny a účinky, primární poruchy a sekundární následek však nejsou u příliš mnoha „psychosomatóz“ objasněny a jsou často kladeny neprávem. U člověka vlastně nikdy neonemocní primárně jen duše, duch nebo tělo; vždy ochoří celá „bio-psycho-sociální jednotka člověka“, i když se přitom do popředí dostanou jednotlivé aspekty. [1] Psychosomatika je jedním z nejprogresivnějších odvětví, je to obor, který stále objevuje spojitosti a vztahy mezi danými jevy u jedince. Moderní doba přináší řadu komplikací a to vyvolávají citové reakce se somatickými příznaky. Psychické děje, zvláště pak citové prožívání mají vždy somatický doprovod. Například strach, při kterém se může prohlubovat a zrychlovat dech, mění se činnost srdce a cév, tep se zrychluje nebo zpomaluje, krevní tlak stoupá nebo klesá, mění se zbarvení kůže, žaludek vyvíjí zrychlenou činnost, může se objevit sklon ke zvracení, nebo i svalový třes. [17] A z toho nám vyplyne, že čím častější a bouřlivější jsou naše reakce, tím dříve může dojít k porušení funkce určitého orgánu.

- **Nejširší pojetí psychosomatiky** tedy předpokládá, že člověk ve zdraví a v nemoci v každém svém mentálním stavu i v průběžném pohybu svého bytí představuje somatickou a psychickou jednotu se svým okolním prostředím. Osobnost a životní historie je důležitým



zjištěným východiskem pro klinickou praxi. Vzájemná spojitost bio-psycho-sociální. Hovoří se tedy o chorobách psychických, somatických a psychosomatických a uvažuje se o faktorech biologických, psychických a sociálních.

- **Užší, pragmatické pojetí psychosomatiky** nahlíží na člověka ve zdraví a v nemoci ve zjednodušené míře, aby s ní šlo smysluplně prakticky zacházet i klinicky pracovat. Pak jsou předmětem psychosomatiky takové somatické poruchy a choroby, u nichž se psychosociální faktory výrazně uplatňují v etiopatogenezi a průběhu, při diagnosticko-terapeutické činnosti či v prevenci onemocnění. V rámci každé diagnózy je možno nalézt nemocné se zřejmou významnou psychosociální patologií vedle pacientů, u nichž tyto složky hrají jen nepodstatnou roli. Zvláštní okruh tvoří do jisté míry onemocnění související s nevhodným životním stylem, např. nemoci koronárních tepen, zejména infarkt myokardu. Tam kde se nevyskytuje psychosociální patologie, stojí za onemocněním často nějaký nevhodný návyk – jako je kouření, přejídání se tuky a malá tělesná aktivita, nadváha. I tyto nemocné je možné zařadit mezi psychosomatické v užším smyslu.

- **Nejužší pojetí psychosomatiky** jedná se o psychosomatické syndromy či choroby. Jde tedy o onemocnění, u nichž psychosociální faktory mají své pevné (někdy i charakteristické) místo, nebo se jejich vliv důvodně předpokládá jako podstatný. [11]

## 3 Historie a vývoj psychosomatiky, psychosomatické medicíny

### 3.1 Historie psychosomatického myšlení

- **Řecký lékař Hippokrates** (460-377 př. n. l.) je považován za zakladatele evropské lékařské školy, který rozeznával čtyři tělesné šťávy: krev, sliz, žluč, černou žluč. Domníval se, že příčinou poruch je žluč. V Hippokratově přístupu existovali pouze jednotliví nemocní, na nemoc jako takovou důraz nekladl. „Každá porucha je specifická podle specifického rozkolísání tělesných šťáv konkrétního pacienta“.
- **Řecký filozof Platon** (427-347 př. n. l.), žák Sokratův a učitel Aristotelův, považuje duševní (hysterické) poruchy žen za tělesně podmíněné špatnou funkcí hystery (dělohy, řec. *hystera* z *hysteros* zadnější, dolejší).
- **Římský lékař Galenos** (131-211 nebo 201, 210 n. l.), syn lékaře dvorní lékař Marka Aurelia a jeho syna, byl pod vlivem Platonovy koncepce duše a těla natolik, že v jejím zájmu zfalšoval vlastní zjištění z pitev zvířat a drobných chirurgických zákroků u lidí: prohlásil, že nervy jsou trubičky, kterými se po těle šíří v plynné podobě duch.
- **Francouzský filozof, matematik a přírodovědec René Descartes** (1595-1650) spolustvořil dnešní vědu, spočívající na víře v racionalitu – rozum a myšlení.
- **Anglický lékař Thomas Sydenham** (1624-1689) bývá považován za otce současné nozologie. Chtěl vytvořit stejně pečlivou klasifikaci, jako se vytvářela v jiných vědách. Sledoval různé příznaky, které se objevovaly u různých pacientů v průběhu jejich onemocnění
- **Německý psychiatr Johan Christian Heinroth** (1773-1843) použil v roce 1881 poprvé výrazu „**psychosomatika**“, když hovořil o faktorech nespavosti. Základními principy osoby jsou podle něj její individualita a jednota. Tělo a duše jsou absolutní jednotkou
- **Pruský patologický anatom Rudolf Virchow** (1821-1902) podpořil Sydenhamovu klasifikaci svými histopatologickými nálezy. Od Virchowových průzkumných a hmatatelných zjištění nastoupil **biomedicínský přístup** své vítězné tažení, které pokračuje dodnes.
- **Rakouský neurolog Sigmund Freud** (1856-1939) se učil u Jeana Martina Charcota, francouzského neurologa a psychiatra, který používá **hypnózu** a snad poprvé zcela

vědomě a v rámci vědeckého paradigmatu považuje tělesné a psychické nemoci člověka za stejnohodnotné projevy vývojového narušení. [5]

### 3.2 Historie psychosomatické medicíny

Psychosomatika v dnešním pojetí vznikla počátkem 20. století na půdě psychoanalýzy. Freud sám nikdy tento termín nepoužil. Uvedl však problematiku konverze jako symbolického vyjádření intrapsychického konfliktu ve sféře tělesné a v pojednání o aktuálních neurózách popsal vznik tělesných a vegetativních reakcí jako tělesný doprovod emoční reakce na vnější inzult. Tyto doprovodné reakce podle něj vznikají bez intrapsychického zpracování, tedy bez účasti instance Ego. Psychosomatickou problematiku však zpracovávali jeho žáci. [11] Groddeck vyšel z Freudovy koncepce. I on chápe nemoc a zdraví celostně a směřuje k totalitě osoby, která zahrnuje jak hlubinné dimenze, tak i vědomé podíly, životopisné zvláštnosti i individuální životní plán pacienta. [1] Deutsch zavedl znovu v r. 1927 pojem psychosomatika, pokusil se i formulovat její základní koncepci. Rozšířil Freudovu koncepci konverze i mimo rámec neuróz, zejména na psychosomatická, ale i na další somatická onemocnění. Na počátku 30. let evropská psychoanalytická koncepce končí a po emigraci analytiků do USA se rozvíjí v zámoří. [11]

Uvedená vývojová etapa psychosomatické medicíny se nazývá psychosomatické hnutí. Vzniklo jako reakce na krizi evropského lékařství koncem 19. a začátkem 20. století. Lékařství té doby bylo zaměřeno především na hledání organických a infekčních příčin nemocí a jejich patologickoanatomického substrátu. Tento směr v lékařství navíc téměř zcela opomíjel osobnost nemocného, jednotu organismu s prostředím a nevšímal si příčinných vztahů mezi somatickým a psychickým. Někteří lékaři byli toho názoru, že psychické příčiny samy o sobě mohou být etiologickým činitelem nemocí i tak závažných, jako jsou zhoubné nádory. Postupně se konstituoval pojem **psychosomatická medicína**. Psychosomatické hnutí představovalo velký přínos pro lékařství, které prožívalo v té době krizi. [11]

Vývoj psychosomatické medicíny od 40. let tohoto století se v podstatě ubíral dvěma směry – rozvíjením: 1. koncepcí psychoanalytických (specifických) a 2. koncepcí nespecifických (neanalytických).

- **Koncepce a teorie psychoanalytické** se snažili nalézat specifické psychologické proměnné, jež mají být jedinou příčinou specifických somatických onemocnění (např. hypertenze, vředová choroba žaludku a dvanáctníku). V podstatě šlo o rozvíjení koncepce psychogeneza somatických onemocnění metodologicky podložené psychoanalytickou teorií. V tomto rámci, byly formulovány např. teorie nevědomých specifických konfliktů, teorie specifických změn emocí, teorie specifických osobnostních profilů. Alexander prozíravě přikládal značný význam vegetativnímu nervovému systému v patogenezi tzv. klasických psychosomatických nemocí.
- **Koncepce a teorie nespecifické** na rozdíl od specifických přikládají v etiologii a patogenezi psychosomatických onemocnění kauzální vliv působení zátěžových situací, především tzv. psychosociálních zátěží (psychosociálních rizikových faktorů). V poslední době se zdůrazňují i tzv. protektivní faktory biologické nebo psychosociální povahy. Z nespecifických teorií psychosomatiky jsou dnes nejvýznamnější např. teorie všeobecného emočního vzrušení, teorie konstituční zranitelnosti, teorie učení orgánové odpovědi. Někteří autoři mezi ně řadí i **koncepci kortikoviscerální**, která prokázala těsné vzájemné vztahy mezi vyšší nervovou činností a somatickými a vegetativními funkcemi a ověřila, že činnost vnitřních orgánů je řízena mozkovou kůrou. [11]

### 3.3 Vývoj psychosomatické medicíny v Československu

Tento vývoj lze sledovat z počátku pouze útržkovitě. Dominoval a dosud převládá biomedicínský model nemoci, což bylo jednou z příčin toho, že do 70. let u nás nebyla psychosomatika institucionalizovaná. O té doby existovala většinou jako koníček nebo nejvýše zájmová oblast jednotlivých lékařů a klinických psychologů, kteří vycházeli z různých psychosomatických teorií. V 50. letech dočasně převládala kortikoviscerální koncepce, která však v oblasti klinické aplikace měla jen malé výsledky (např. léčení spánkem a psychoprofylaktická příprava na porod). Od 40. let věnovali psychosomatické medicíně u nás značnou pozornost někteří lékaři, např. Guensberger, Haškovec, Janota, Macek a další.

Od založení sekce pro studium psychosomatiky Psychiatrické společnosti ČLS v r. 1975, který úzce spolupracuje se Společností psychosomatických integrací, začalo pracovat několik pracovních skupin na různých úsecích psychosomatické medicíny. Bylo zřízeno několik psychosomatických lůžkových jednotek a také několik poliklinických oddělení. [11] V české

zdravotnické současnosti jsou snahy pracovníků soustředěných nejenom v psychosomatické sekci České psychiatrické společnosti Jana Evangelisty Purkyně o pozvednutí psychosomatiky a zaměřují se především do oblasti medicíny. [5]

## **4 Koncepce a teorie psychosomatiky**

### **4.1 Psychoanalytická teorie**

První etapy jsou spojeny se jménem jejího zakladatele Sigmunda Freuda, který vytváří na přelomu století topografický model lidské duše. Rozlišuje v něm nevědomí, předvědomí a vědomí. Od 20 let buduje Freud další, strukturní model psyché. Rozlišuje v něm, různé funkční struktury, v nichž vznikají a jsou zpracovávány pudové a emoční síly. Ono (Id) je zdrojem pudových impulsů. Nad já (Superego) je silou bránící nekontrolovatelnému uplatnění pudových přání, obsahuje morální normy a ideály. Já (Ego) je instance zodpovědná za koordinaci všech vnitřních tlaků. Důležitou složkou Freudových koncepcí je i rozpracování vývoje pudových sil (období orální, anální, genitální).

Ruesch (1948) si posléze všiml, že všechny psychoanalytické výklady psychosomatických poruch mají jeden společný rys. Nalezená patologie se vždy týká nejranějších vývojových období, prvních dvou let života známých jako orální případně anální období. To je v souladu s dnešními názory na vývoj fyziologických regulací.

Nejvýraznější osobností prvního období do 50. let byl Alexander. Ve svých teoretických představách vycházel z popisů intrapsychických konfliktů, z větší části nevědomých, týkajících se obvykle různých forem závislých potřeb. Tyto konflikty jsou specifické pro různá onemocnění a těsně souvisejí s patogenezí chorob. V dalším vývoji od 60. let se v psychosomatické přijímají zásady multifaktorové patogeneze chorob, přestává se hovořit o příčinách, zavádí se pojem predisponující faktor. [11]

### **4.2 Kortikoviscerální koncepce**

Kortikoviscerální (cerebroviscerální) koncepce, kterou vypracovali zejména Bykov a Kurcin (1952, 1955) se svými školami, vychází z učení významného ruského fyziologa Pavlova o podmíněných reflexech a dále je rozpracovává. Patří mezi nejvýznamnější psychofyziologicky orientované koncepce psychosomatické medicíny. Představitelé kortikoviscerální školy prokázali těsné vzájemné vztahy mezi vyšší nervovou činností (VNČ) a somatickými a vegetativními funkcemi organismu a dále i skutečnost, že činnost vnitřních

orgánů a řady fyziologických funkcí lze podmínit rozličnými vnějšími a vnitřními podněty a že činnost vnitřních orgánů je řízena mozkovou kůrou. [11]

### 4.3 Koncepce psychického stresu

Jako stres se často označuje situace, která vyvolává úzkost a napětí, ve fyzice tlak působí deformaci těla, v biologii jev, který znamená skutečné či domnělé ohrožení integrity organismu, dále porucha vyvolaná v zatíženém organismu, stav organismu vyvolaný stresorem (stresovou situací), v psychologii pojem stres znamená stav organismu, jehož reakce na okolí jsou provázeny úzkostí, napětím nebo obrannými mechanismy. Stres je stavem, nebo psychofyzickou reakcí na selhání adaptačních mechanismů v přizpůsobení se určité zátěžové situaci. Problematika stresu je bezbřehý a v odborné terminologii nepříjemně rozmazaný. V dosavadní literatuře se často užívá pojmu stres promiskue jako pro zátěž (správně stresor), tak pro stav organismu (stres). Určitou míru a typ stresu lze považovat za adaptivní, kdežto jiné za maladaptivní, někteří rozlišují eustres (stres „prospěšný“) a distres (stres škodlivý). [11] *„Stres je mimo jiné nazýván typickým problémem naší doby. Nic nenavědčuje tomu, že by v budoucnu vymizel. Spíše naopak - vyšší šance přinášejí vyšší nároky, rubem vyšších nároků je větší stres“.* (Novák 2004, s. 77) [20]

V psychologii vystačíme s pojmy frustrace a konfliktu. **Frustrace** byla v původní formulaci formulována jako stav organismu, který vzniká, když dojde k nemožnosti dosažení cíle, ke kterému dojde při dočasné nebo trvalé překážce v uspokojování potřeb, v dosažení cíle motivovaného chování. Frustrovány bývají potřeby fyziologické, tak sociální, zejména po uznání a citové odezvě. [21] **Konflikt** znamená střetnutí dvou protichůdných tendencí, zde tedy psychologických (emočních, motivačních). Může být chápán jako jedna z forem frustrace, provázena vždy váháním, **ambivalencí**, nerozhodností. Může jít o konflikt pozitivních negativních či smíšených tendencí. Souhrnně je možno hovořit o psychologické zátěži, jako o „náročných životních situacích“, se kterými se jedinec vyrovnává technikami odvozenými buď od agrese či úniku a které mohou mít na jeho zdraví různý dopad. [11]

#### 4.3.1 Teorie vycházející z koncepce psychického stresu

Tato teorie vycházející z koncepce psychického stresu je jeden ze základů psychosomatické medicíny. **Selyeho** koncepce nespecifické somatické reakce na zátěž byla ve své době revoluční. Stejně revoluční byl i objev, že základní osu hypotalamus-hypofýza-

nadledviny je možné aktivovat psychogennímu vlivy. Následoval výzkum, který splynul se současným oborem zvaný psychofyziologie. Fyziologická reakce na psychický podnět je řešena na různé úrovni intenzity podnětu přitom nelze stanovit hranici mezi tzv. normálním a stresujícím podnětem. V psychosomatické literatuře se tato celá oblast často zahrnuje do rámce teorie stresu. Orgánové poškození je lépe pochopitelné při vystupňované stimulaci, v zátěži či stresu. [11]

#### 4.4 Koncepce životních událostí

V klasické podobě se pacientům předkládá seznam různých událostí nebo změn v životě. Nemocní zaškrtnou ty, které se jim přihodily. Protože ne každá změna v životě se stejně jedince dotýká. Při zpětném hodnocení se ale ukázalo, že dochází ke zkreslení, protože zdravý člověk význam prožitých situací podhodnocuje, naopak nemocný je nadhodnocuje. Ukázalo se ale, že dochází při zpětném hodnocení ke zkreslení, protože nemocný člověk skóruje výše, zatímco zdravý člověk prožité události pomine a nemocný je označuje za „událost“. Tomu se lze vyhnout prospektivním sledováním, které je nejméně zkreslené. [11]

**Klasické škály** vytvořili Holmes a Rahe. V nejužívanější je každé situaci přiřazena určitá váha. Ve druhé je vytvořena škála, kde každá životní událost skóruje podle toho, jak velkou změnu přinesla v dosavadním stylu života. Nejpodrobněji byla studována otázka životních situací u cévních a srdečních chorob, kde jsou souvislosti zřetelnější. I když dosavadní nálezy nelze pokládat za jednoznačný důkaz, přece jen přinášejí nezanedbatelnou podporu pro tvrzení, že psychosociální zátěžové situace přispívají ke vzniku somatických poruch a chorob. [11] Tito autoři vytvořili klasické škály prožitých životních událostí, které slouží k identifikaci závažných sociálních dopadů působení stresů. Tato škála uvádí možnosti jako: smrt partnera, pobyt ve vězení, rozvod, zadlužení atd. [19]

##### 4.4.1 Faktory ovlivňující následky životních událostí

Ukázalo se, že vztah mezi životní událostí a vznikem choroby je složitý a ovlivňován řadou faktorů. V literatuře jsou shody, že nejzávažnější životní situací je ztráta významné blízké osoby. V poslední době se ukazuje, že existují faktory, které chrání člověka před následkem životních situací. Nejdříve byl popsán ochranný vliv emoční a sociální podpory, která je **vnější podporou** při zvládání zátěžových situací. House (1981) rozeznává čtyři typy podporujícího chování: emoční podporu (péče, empatie, důvěra), instrumentální pomoc



(pomoc při práci, vypůjčení peněz, spolupráce v těžkých úkolech), informační podporu (dodání informací nebo naučení potřebných zručností), hodnotící podporu (informace, které mohou zhodnotit osobní úspěšnost). Ještě účinnější než vnější podpora jsou **zdroje vnitřní**, způsoby reakcí a postoje. Někteří autoři uvádějí, že aktivní přístup k životním změnám je nejlepší zbraní proti jejich nepříznivým následkům. [11]

## 4.5 Ostatní koncepce a směry

### 4.5.1 Koncepce alexitymie

Tato koncepce byla nadějnou pro psychosomatiku, že by mohla přinést pokrok v psychosomatické medicíně. Pro alexitymické pacienty platí že: 1. nekonečně popisují tělesné příznaky, které se občas nevztahují k základnímu onemocnění; 2. stěžují si na napětí podrážděnost, frustraci, bolesti, nudu, prázdnotu, agitovanost, neklid, nervozitu; 3. Nápadně jim chybí fantazie, přitom pozorně popisují nevýznamné detaily prostředí; 4. mají obtíže při hledání vhodných slov pro vyjádření emocí; 5. pláčou málo, občas hodně - ale pak se pláč nezdá být vztažen k odpovídajícím pocitům, jako je smutek nebo zlost); 6. jen vzácně si pamatují sny 7. jejich afekty jsou nepřiměřené; 8. činnost se zdá být pro ně hlavním způsobem života 9. jejich interpersonální vztahy jsou obvyklé špatné, s tendencí velké závislosti, nebo naopak dávají přednost samotě, odmítají lidi; 10. osobnosti mívají narcistické, vzdávají se, jsou osobnostmi pasivně agresivními či pasivně závislými, psychopatickými; 11. lékař nebo terapeut je jimi často znuděn, zdají se mu hloupí.

Koncepce alexitymie se ukázala jako nejvíce přínosná pro klinickou praxi. Byl vytvořen myšlenkový i pojmový rámec spokojivě vysvětlující problémy se somatickými a somatizujícími pacienty v psychoterapii. Užitečná je tato koncepce pro porozumění těm pacientům, kteří přicházejí s řadou netypických obtíží a bez většího somatického nálezu nejrozumnějšími odborníky, bez naděje na větší úlevu a opravdovou pomoc.[11]

#### 4.5.1.1 Teorie vzniku alexitymie

Jako u každé koncepce se již od počátku objevují úvahy o příčině popsané poruchy. *Neurofyziologická teorie* předpokládá poruchu spojení mezi fylogeneticky staršími oblastmi mozku a neokortexem. Pacienti nerozvinou řeč pocitů, ale komunikují pomocí „řeči orgánů“. *Psychoanalytické teorie* předpokládají vývojové momenty při vzniku alexitymie.

Dále je zřejmá vazba alexitymických charakteristik na sociokulturní úroveň Shands (1976) rozdělil nemocné do třech skupin. První (neoznačovaní) jsou ti, kteří obtížně tvoří abstraktní

kategorie a neumějí vystihnout své pocity, ve druhé (psychosomatické) jsou pacienti schopni tvořit abstraktní pojmy, ale ne popisovat své pocity, v poslední třetí (neurotické) jsou obě tyto schopnosti zachovány. [11]

#### **4.5.2 Teorie rodiny**

Rodina je základní a přirozená sociální skupina, která má rozhodující a nenahraditelný význam pro růst a vývoj lidského jedince v aspektech biologických, psychických a sociálních. Termín rodinná psychosomatika tedy znamená soustředění rodinně terapeutických přístupů na problematiku vzniku a dalšího průběhu psychosomatických onemocnění. Základem této práce je multifaktorový přístup, a proto se kladou otázky: jak, za jakých okolností a na jakém podkladě uvedené poruchy vznikají. [11]

## **5 Rozdělení psychosomatických onemocnění**

### **5.1 Široké pole psychosomatiky**

Rozlišení v nejobecnějším smyslu do čtyř hlavních skupin psychosomatických chorob různé závažnosti:

1. poruchy celkového tělesného schématu (neorganické tělesné symptomy bez funkčních nebo somatických příčin víceméně nepovažované za nemoc);
2. funkční (somatoformní a disociativní) poruchy (primárně neorganické poruchy považované za nemoc);
3. psychosomatické poruchy v užším smyslu (organické choroby vyvolané nebo posilované psychosociálními faktory);
4. somatopsychické choroby (organická onemocnění s psychosociálními následky). [3]

### **5.2 Přehled onemocnění s primárně tělesnou symptomatikou**

- somatoformní onemocnění- přetrvávající, dostatečným způsobem organicky nevysvětlitelné tělesné obtíže, je zde nepoměr mezi subjektivnímu potíže a objektivním somatickým nálezem (např. zvracení, nevolnost, závrať, zácpa, dušnost, slepota)
- oběhový systém- koronární srdeční onemocnění, srdeční neuróza, esenciální hypertonie

- dýchací orgány- hyperventilační syndrom, astma bronchiale
- trávicí trakt- funkční abdominální potíže, žaludeční vřed a vřed dvanácterníku, colitis ulcerosa, morbus Crohn
- onemocnění látkové výměny- diabetes mellitus
- poruchy příjmu potravy- anorexia nervosa, bulimia nervosa, obezita
- ortopedické klinické obrazy nemoci- bolesti zad, revmatoidní artritida, fibromyalgie, revmatismus měkkých tkání, algodystrofie, distorze krční páteře
- pokožka- neurodermatitida (endogenní exém), kopřivka, lupénka, akné
- onemocnění v oblasti krku, nosu, uší- funkční ztráta sluchu, tinitus, psychogenní porucha sluchu, funkční dysfonie, psychogenní afonie, syndrom sevřeného hrdla
- somatoformní bolestivá porucha
- neurologické obrazy nemoci- bolesti hlavy, závrať, poruchy spánku, funkční obrny, poruchy senzibility, senzorické výpadky, dystonie
- funkční sexuální poruchy [4]
- gynekologické a porodnické klinické obrazy nemocí- poruchy krvácení a cyklu, sekundární amenorea, dysmenorea a premenstruační syndrom, klimakterický syndrom, chronické bolesti v podbřišku, pruritus vulvae v pohlavní zralosti, fluor, urogynekologické poruchy, mastodynii, sterilita, psychosomatika poruch těhotenství [16]

### **5.3 Onemocnění s primárně vnitřní duševní symptomatikou**

- úzkostná onemocnění a nutkavé poruchy
- deprese a sebevražednost

### **5.4 Onemocnění s poruchami chování**

- poruchy osobnosti
- závislosti [4]

## 6 Faktory mající vliv na vzniku a průběh psychosomatických onemocnění

### ▪ Faktory biologické:

- výskyt nemoci v rodině (rodinná anamnéza);
- vystavení infekčním patogenům;
- funkčnost imunitního systému, očkování;
- léková anamnéza (jaké léky daný člověk užívá nebo užíval);
- fyziologický stav (např. obezita, zvýšený krevní tlak, hladina sérového cholesterolu);
- způsob jakým reaguje kardiovaskulární ústrojí;
- věk;
- pohlaví.

### ▪ Faktory osobnostní:

- očekávání, že jsem schopen dosáhnout vytyčených cílů;
- psychologická nezdolnost;
- zdravotní umístění vlivu- přesvědčení jedince, zda je zodpovědný za své zdraví či ne;
- optimismus/pesimismus osobnosti;
- smysl pro humor;
- atribuční styl- způsob, jakým člověk sám sobě vysvětluje vlastní selhání;
- introverze/extroverze;
- osobnost typu A s náchylností k srdečním onemocněním (viz. kapitola 11.6);
- deprese/úzkost, nepřátelskost/podezřívavost;
- tendence popírat pocity hněvu a zmaru.

### ▪ Faktory na úrovni osobnosti

- stravovací návyky (přísun kalorií, tuků, vitaminů atd.);
- pití alkoholu, kouření cigaret;
- úroveň tělesné činnosti;
- spánkové vzorce;
- spotřeba zdravotní péče (preventivní prohlídky), podrobení se léčebným doporučením;
- mezilidské/sociální dovednosti;
- osobnost typu A (náchylnost k srdečním onemocněním).

▪ **Faktory společenské – socioekonomické, sociokulturní a etnické:**

- socioekonomické postavení;
- dosažitelnost a využití sociálních opor;
- mezilidské ovzduší doma a v práci;
- velké životní změny, např. smrt partnera, dítěte, rozvod;
- kulturní a náboženské představy a návyky ve vztahu ke zdraví;
- velké ekonomické změny (např. zatížení hypotékou, ztráta zaměstnání);
- národnostní pozadí;
- předsudky a diskriminace;
- dostupnost zdravotního pojištění;

▪ **Faktory technologické:**

- přiměřenost dosažitelné zdravotní péče;
- bezpečnost dopravy;
- architektonické prvky- např. netoxické stavební materiály, dostatek čerstvého vzduchu, ochrana před hlukem;
- kvalita vody;
- zacházení s pevnými odpady;
- celkové oteplování;
- znečištění ovzduší, jaderná záření;

▪ **Faktory přírodního prostředí**

- přírodní katastrofy (záplavy, zemětřesení, vichřice, sucha, výkyvy teplot, tornáda);
- radon. [5]

## 7 Charakteristika psychosomaticky nemocných

Za psychosomaticky nemocného se označuje takový jedinec, u něhož psychické i sociální faktory jsou důležitou nebo dokonce nezbytnou součástí optimální diagnostiky a léčby (bez ohledu na to, zda je to evidentně patrné, nebo nikoliv, a jestli to pacient ví, nebo se může dozvědět). Každé onemocnění při multifaktorovém přístupu má kromě biologických i faktory psychické a sociální a při systémovém přístupu se tyto faktory složitě a mnohočetně vzájemně ovlivňují. [11]

### 7.1 Psychosomatika a psychologové

Definici psychosomatiky v tomto smyslu podal psycholog Aleš Blažek. „*Psychosomatická nemoc je ta, s kterou si somatičtí lékaři nevědí rady a posílají je za psychologem.*“ (Blažek 2000, ústní sdělení) [5] Psychodynamické a strukturální modely psychosomatických chorob ve světle hlubinné psychologie i psychoanalýzy, mají za úkol pomoci individuálně každému pacientovi porozumět, resp. ujasnit si různorodost příčin vzniku psychosomatické poruchy. Projevy somatizace se někdy označují jako funkční nemoci. Pacient popisuje bolest nebo jinou nepohodu. Lékař nebo laboratorní vyšetření nejsou schopné nalézt „objektivní“ podklad jeho obtíží. Funkce je porušena a orgán zajišťující funkci nikoli.

Oblast funkčních potíží (nejčastěji neuróz) zde chápali kliničtí psychologové tělesný příznak, jako nevědomé a symbolické vyjádření intrapsychického konfliktu. Psychosomatické onemocnění (psychosomatóza) bylo chápáno jako další krok na cestě od funkčního k orgánovému poškození. Někteří ho rozlišovali tak, že u neurózy orgán poškozen není, naopak u psychosomatického onemocnění poškozen je, ale při vzniku poškození sehrává důležitou roli pacientova psychosociální situace.

Od přesných rozlišení se upustilo. Působilo klamným dojmem, že je schopnost udělat přesné hranice mezi jednotlivými typy poruch a že je přesně porozuměno „řeči těla“. Mezinárodní klasifikace v 10. revizi zařadila bývalé neurózy a psychosomatická onemocnění do jedné skupiny *Neurotické poruchy, poruchy vyvolané stresem a somatoformní poruchy* (MKN, 1992). [5]

### 7.2 Medicína a psychosomatika

Nutnost základní psychosomatické péče je v mnoha případech podceňována a pouze zřídka přeceňována. Obor „psychosomatická medicína a psychoterapie“ byl v roce 1970 přijat do aprobačních směrnic pro lékaře a tím zařazen do povinných oborů na lékařských

fakultách. Z tohoto důvodu byly požadovány vyučovatelné definice pojmů: psychogenní onemocnění (psychoneurózy), poruchy osobnosti a primární i sekundární psychosomatická onemocnění. Psychosomatická medicína chápe člověka jako komplexní celek a neodděluje tělo a duši. Díky úspěchům intenzivní medicíny, ale zvláště pak z důvodu nárůstu chronických onemocnění, se pro psychosomatickou medicínu otvírá další pole úkolů, a to v oblasti sekundárních psychosomatických a somatopsychických poruch u pacientů s tumorem, u obětí nehod, a dále v oblasti emocionálních problémů „života poté“: zpracovávání nemoci, vypořádávání se s nemocí. [4]

## **8 Diagnostika psychosomatických poruch přehled**

### Klinická diagnostika

Je zde velice důležitý vztah lékař- pacient, který je základem, od něhož se vše ostatní odvozuje. Pacient přichází lékaři nabídnout příznak, proto platí zásadní, dalo by se říci zlaté pravidlo psychosomatiky: příznak nikdy nepodceňovat a přijímat ho tím způsobem, kterým ho pacient nabízí. [11]

Epikríza je jedna z možností chápání a nezbytného uspořádání klinických postupů. Předpokladem vytvoření kvalitní epikrízy je týmový způsob práce.

- Vztah lékař pacient.
- Individuální dispozice.
- Příznak, diagnóza.
- Vyvolávající situace.
- Význam a vliv rodiny.
- Sociální faktory.
- Význam a následky onemocnění.
- Léčba.
- Prognóza.

### Psychologické vyšetřovací metody

- Psychologická diagnostika- se zaměřuje jak na psychické poruchy, odchylky a disproporce, tak i na pozitivní vlastnosti, které pomáhají kompenzovat zjištěné defekty a překonat obtíže spojené s onemocněním.



- Pozorování- zachycení všech projevů pacienta.
- Rozhovor (řízený či volný).
- Projektivní techniky.

#### Dotazníkové metody a škály

- Škály určené k měření chování, změněného následkem nemoci.
- Měření psychosociální zátěže.
- Měření kvality života. [11]

## **9 Terapie psychosomatických poruch**

### **Obecné zásady psychosomatického přístupu k terapii:**

- důkladná znalost nemocného, jeho tělesného stavu, existující poruch v současnosti i během celého života, zároveň i znalost jeho psychického vývoje, způsobu života a psychiatrické symptomatologie;
- dobrý vztah a důvěra mezi lékařem a pacientem. [11]

### **Psychoterapeutické metody**

- Individuální psychoterapie - zvláště pak psychoanalýza může při dobré spolupráci pacienta s terapeutem vést k nejzásadnějším změnám jeho osobnosti v reakčních vzorcích.
- Skupinové psychoterapie – na rozdíl od individuální umožňuje rozvíjet, sledovat a využívat v terapeutickém procesu i skupinovou dynamiku, je zde menší vztah terapeut pacient.
- Terapie v rámci rodiny- rodinný terapeut se setkává s rodinou tehdy, je-li zřejmé že onemocnění jedince souvisí s problematikou rodinných vztahů a interakcí a že jsou zajištěny vhodné podmínky pro terapeutickou indikaci. [11]
- Autoregulační a regulační techniky- hypnóza, relaxační metody, jóga. [4]

### **Farmakoterapie psychosomatických poruch**

- psychofarmaka, farmaka ovlivňující porušenou funkci daného orgánu různých psychosomatických onemocnění. [3]

## 10 Prevence chorob z psychosomatického pohledu

Prevenci je možné rozdělit na primární, která zahrnuje veškerá opatření předcházející prvnímu vzniku nemoci a sekundární prevenci spočívající v léčbě pacientů kteří již onemocněli. Psychosomatická medicína se k prevenci onemocnění vyjadřuje ze dvou důvodů. Předně je účelnější a lacinější nemocem předcházet, než je poté léčit; všechny lékařské obory by měli být zaměřeny spíše preventivně. V oblasti psychosomatické medicíny je stále jasnější, že tyto onemocnění, jsou multifaktorově podmíněné a psychosociální faktory, které jsou označeny jako patogenní činitelé, jsou spíše **predisponujícími či rizikovými faktory** než příčinami. Působením na rizikové faktory má více preventivní než léčebný účinek. [11] Je zřejmé, že prevence chorob je záležitostí komplexní, vyžadující věnovat pozornost zároveň co největšímu množství jevů a nelze oddělovat prevenci jednoho onemocnění od ostatních.[4]

V okruhu psychosomatické medicíny najdeme v praktické aplikaci mnohá doporučení v oblasti **duševní hygieny**. Kde nejde pouze k odstraňování stresů ze života člověka, protože optimální stupeň zátěže k životu patří. Ochrannými faktory jsou především způsoby, jakým člověk zátěžové situace zvládá, a podpora v jeho sociálním okolí. Za důležitou sílu je nutné z hlediska prevence považovat kvalitní sociální zázemí tj. harmonickou rodinu, vhodné zaměstnání i další prvky sociální mikrostruktury. Dále je významnější preventivní silou **postoj k problémům**, které se v životě vyskytují a je nutné umět brát problémy jako výzvu k jejich řešení.

V rámci preventivním přístupů je nutné, se zmínit o existenci rizikových faktorů jako jsou: alkoholismus, toxikomanie, nevhodný pohybový režim i způsob stravování. Je nutné nabízet preventivní programy na jednotlivé dílčí problémy a samozřejmě každý zdravotník seznámený s problémy preventivní medicíny by měl ve svém okolí, zcela neformálně šířit své znalosti. [11]

## 11 Esenciální hypertenze

### 11.1 Definice, fyziologicko- patologický úvod

Jde o onemocnění, při kterém stoupá krevní tlak dlouhodobě nad normální hodnoty. Podle světové zdravotnické organizace WHO a Mezinárodní společnosti pro hypertenzi je klasifikován jako normální krevní tlak takový, který je nižší než 140/90 mm Hg. Zvýšené hodnoty krevního tlaku, zjištěné alespoň ve dvou ze tří měření, provedených za standardizovaných podmínek při alespoň dvou návštěvách ordinace jsou považované za hypertenzi. [12]

V prvotní fázi je hypertenze charakterizována, zvýšeným minutovým výdejem, při které nedojde ke změně cévní rezistence. Postupně však vysoký tlak krve mechanicky poškozuje endotel cév, přes který pak snáze pronikají molekuly lipidů a začíná proces ateroskleroze (aterosklerotických změn cév). Vinou porušeného endotelu se mění i elektrolytové transportní mechanismy přes buněčnou membránu, což má za následek trvalou vazokonstrikci a tím i zvyšování TK- vzniká bludný kruh. Na poškození reaguje endotel hypertofií, a přesto, že se minutový výdej později normalizuje, krevní tlak ale nemůže samovolně klesnout. [12]

### 11.2 Etiologie

Esenciální hypertenze (primární, neboli hypertenzivní nemoc), u které je vyvolávající příčina neznámá, pouze známe rizikové faktory, které napomáhají vzniku hypertenze:

- genetické dispozice- k manifestaci genetické zátěže je zapotřebí působení dalších rizikových faktorů,
- kouření- chemické poškození endotelu CO a nikotinem, vazokonstrikce,
- zvýšený přísun NaCl (zadržení vody),
- nedostatek kalia, kalcia a magnesia (porucha transportních mechanismů přes buněčnou membránu),
- obezita, alkohol,
- stres (katecholaminy vyvolávající vazokonstrikci a mobilizující krevní lipidy).
- psychosociální faktory. [12]

Esenciální hypertenzi je nutné odlišit od sekundární hypertenze, která je vyvolávána známými příčinami, jako jsou vážnější nemoci ledvin, některé endokrinní poruchy, gestóza

v těhotenství i léčba některými hormonálními přípravky. Toto se týká pouze asi 5-6% hypertoniků, jde o zcela jinou problematiku. [11]

### 11.3 Psychické příčiny hypertenze

Dnes je zjištěno, že počáteční podráždění při hypertenzi má duševní příčinu. Zkušenost hlubinné psychologie má důkaz, že lidé s vysokým krevním tlakem trpí vnitřními potížemi, které jsou pro jejich nemoc charakteristické. Při analýze charakteru těchto pacientů se ukázalo, že vznik a průběh je závislý na emocionálních faktorech. Zjistilo se, že pacient trpící vysokým krevním tlakem žije většinou v intenzivní opozici ke svému okolí a často v sobě nosí pocity strachu a agrese. Tento stav mysli, který okolí pociťuje jako nepřátelský, způsobuje trvalou napjatost, která se projevuje na krevním oběhu. Téměř všichni pacienti s vysokým krevním tlakem, kteří byli vyšetřeni za pomoci psychoanalýzy, měli těžký konflikt se svou rodinou nebo s pracovním okolím a své psychické komplikace nosili, aniž by věděli ve svém tělesném dění. Proto mohou být tito pacienti zřídka kdy léčeni pomocí léků a potřebují hlavně psychoterapii, pomocí které by byli schopni zvládnout své životní problémy. Nedostatečné uvolnění, které vede ke zvýšenému krevnímu tlaku- k takzvané nemoci manažerů, která je pro dnešní dobu tak typická. Nedá se oddělit od civilizační aktivity a ukazuje působení ducha doby na individuální psychiku. [7]

### 11.4 Diagnostika

#### **Přehled vyšetření u hypertoniků:**

Vyšetření nutná (tzv. screening), provádí se u všech P/K s hypertenzí:

- anamnéza a fyzikální vyšetření (palpace a auskultace periferních tepen),
- TK vleže, vestoje, na dolních končetinách
- Laboratorní vyšetření: moč a sediment, Na, K, kreatinin v séru, celková cholesterol (příp. lipidové spektrum),
- Přístrojová vyšetření: EKG, oční pozadí

Vyšetření vhodná:

- echokardiografie, rtg hrudníku,
- kyselina močová v séru, mikroalbuminurie u diabetiků. [12]

## 11.5 Klinický obraz ( viz tab. 2)

Hypertenze podle orgánových změn (podle WHO)

<i>Stupeň</i>	<i>Poškození</i>	<i>Poškozené orgány</i>	<i>Porušené funkce</i>	<i>Klinický obraz</i>
<b>I.</b>	<b>bez orgánových změn</b>	0	0	Většinou bezpříznakové a zjistí se náhodně. Může se vyskytnout bolest hlavy, únava, palpitace, poruchy koncentrace, paměti, spánku a neurotické obtíže. Objektivní vyšetření je negativní.
<b>II.</b>	<b>orgánové změny bez funkčních poruch</b>	<b>srdce:</b> hypertrofie LK <b>oční pozadí:</b> vinuté arterie, komprese venul, edém papily. <b>ledviny:</b> mírná proteinurie, zvýšený plazmatický kreatinin. <b>cévy:</b> ateroskleróza		Subjektivní příznaky jako v I. stupni, ale objektivně bývá zjištěn: zvedavý úder hrotu, na EKG a při echokardiografii koncentrická hypertrofie a přetížení levé komory srdeční (vzniká levostranné srdeční selhání).
<b>III.</b>	<b>orgánové změny s funkčními poruchami</b>	srdce, oční pozadí, ledviny, CNS	LSS, AP, retinopatie až krvácení do sítnice, insuficience, hypertenzní encefalopatie, CMP	Námahová, později klidová <b>dušnost</b> až astma cardiale s plicním edémem a <b>dilatace levé komory srdeční</b> a <b>urychlení aterosklerózy</b> : různé formy ICHS, TIA (parézy), demence až CMP, nefroskleróza (proteinurie, snížená GF, erytrocyturie až chronická renální insuficience ).
<b>IV.</b>	<b>orgánové selhání (maligní hypertenze, hypertenzní krize)</b>	srdce, oční pozadí, ledviny, CNS	hrozí hypertenzní encefalopatie, kardiální i renální selhání	Nezbytná JIP hospitalizace jde o urgentní stav.

[12]

#### Hypertenze podle výše TK

Stupeň hypertenze	Výška TK
I. stupeň –hypertenze mírná	TK $\leq$ 140- 159/90- 99 mm Hg
II. stupeň –hypertenze středně závažná	TK =160- 179/100- 109 mm Hg
III. stupeň –hypertenze těžká	TK $\geq$ 180/110 mm Hg
IV. stupeň- hypertenzní krize	TK $\geq$ 220/140 mm Hg

[12]

### 11.6 Psychosomatický pohled na esenciální hypertenzi

Tomuto onemocnění je věnována od počátku velká pozornost, esenciální hypertenze je jednou z klasických psychosomatických chorob. Současný systém nebo multifaktorový pohled předpokládá, že psychosociální faktory jsou součástí komplexního patogenetického děje. [11] Vysoký krevní tlak odráží trvalé psychické přepětí, kterému se ego vystavuje v důsledku neadekvátní aktivity, perfekcionismu, ctižádostivosti, neúměrné seberealizaci, přemrštěné sebekontroly atd. Vysoký krevní tlak svědčí i o neschopnosti odpouštět sobě i jiným a udržet si přiměřený despekt k vnějšímu dění. [9]

Jak z psychologického, tak z fyziologického hlediska nevytvářejí pacienti s esenciální hypertenzí homogenní skupinu. Velice často se jedná o osobnosti potlačující agrese, které se projevují mírumilovně, bezkonfliktně a bez okolků se podřídí. Většinou budí dojem zcela „normálních“ lidí (struktura osobností skrývajících se za fasádou), přitom jsou ale zaměřeni na výkon a mají perfekcionalistické sklony. Vůči klíčovým osobám chovají často pocity zloby, nenávisti i závisti. V mnoha případech jsou si pacienti těchto pocitů vědomi nebo o tom mají minimálně povědomí, ale nemohou je vyjadřovat, protože se obávají, že klíčovou osobu ztratí. Zloba může být i tak velká, že nabývá vražedných kvalit, a z toho důvodu není možné o tomto problému otevřeně hovořit. Proto jsou u těchto pacientů poškozeny také samostatnost i rozvoj svébytnosti. Pacienti se přizpůsobují nebo se odtahují, místo toho aby se vymezovali a vytvářeli si prostor pro vlastní rozhodnutí. V dětství často byli, vychováni autoritativní výchovou, která jim neumožňovala vyjádření vlastní zloby. [4]

Náchylnost k srdečním onemocněním tak i k hypertenzi mají lidé s **osobnostním vzorcem typu A**, který má tyto znaky: hyperaktivita, cílevědomost, trvalé přání uznání, permanentní pocit stálého tlaku, silné zaměření na výkon a konkurenční vztahy, přehrávání nemoci výkonem a sportem, sklon zrychlovat veškeré procesy, mimořádná fyzická a psychická bdělost, po uvolnění pocity slabosti. [4]

V rámci *dynamických škol* je nejčastěji poukazováno na celoživotní a ze značné části nevědomý konflikt kolem vyjádření hostility, agrese, vzpoury, rozmrzelosti, ambicí, někdy i závislosti (Weiner, 1977). Tento předpoklad je v souladu s výsledky psychofyzilogických studií, které dokázali prokázat, že ve zlosti se vyplavuje více noradrenalinu, který je zodpovědný za periferní vazokonstrikci. [11]

Alexander (1968) definuje psychodynamickou konstelaci pro hypertenzní onemocnění takto:

*„Centrálním nálezem je neustálý zápas proti vyjádření hostilních agresivních pocitů a obtíže ve svém prosazování se. Tito nemocní se obávají ztráty lásky ostatních, a právě proto potlačují vyjádření své hostility. Tito nemocní byli náchylní k dětským záchvatům zuřivosti a agrese. Někdy spíše náhle, někdy postupně se objevila změna v osobnosti. Dříve agresivní dítě se mění v osobu, která se neumí prosazovat a je zřetelně poddajná. Zkušenost ztracení lásky rodičů i ostatních lidí v důsledku agresivního chování je přivedlo k ovládnutí jejich hostilních impulsů.*

*Další podobný sklon je úporná vytrvalost těchto lidí zvládat nepřekonatelné překážky. Jejich životní minulost je mnohdy podobná „obtížnému zvířeti“. Často zůstávají v jednom zaměstnání, i přesto že jsou mnoho let finančně podhodnocováni. Pokud jsou povýšeni do zodpovědných pozic, setkávají se s mnoha obtížemi, jelikož se neumějí prosadit a přinutit ostatní, aby je následovali. Spíše tíhnou k převzetí práce za druhé, než aby trvali na disciplíně. Takový přehnaně svědomitý postoj způsobuje růst pocitů nechutě, vyžadující čím dál větší kontrolu hostilních pocitů. Rozvíjí se bludný kruh, který vede k chronickému stavu napětí. Charakteristická spouštěcí situace je v životní situaci, která mobilizuje hostilitu a potřebu sebeprosazení a současně zakazuje jejich volné vyjádření. Charakteristická pracovní situace nastává, když je požadován větší výkon bez vyšší odměny a současně je jedinec ohrožen ztrátou zaměstnání, když by projevil nejmenší známky nespokojenosti a odporu.“ [11]*

*Behaviorální školy* vycházejí z teorie stresu, kde zdůrazňují roli psychického stresu, chronických konfliktů, existenčních starostí i dlouhodobého duševního napětí. K vzestupu krevního tlaku spojeného se známkami hostility dochází u myší, které byly chovány samostatně, a v dospělosti byly spojeny do skupin. Vzestup tlaku přetrvává i po jejich opětovném oddělení. Sledování vazomotorické reaktivity ukázalo zvýšenou reaktivitu u nemocných v počátečních stádiích esenciální hypertenze i u přímých potomků pacientů s již rozvinutou hypertenzí. [11]

*Epidemiologické studie* prokazují, že krevní tlak stoupá s věkem. Zajímavá práce Ulmana a Abernety (1975) z Austrálie, kteří při epidemiologické studii našli nižší průměrné hodnoty krevního tlaku u přistěhovalých Italů na rozdíl od Australanů. Krevní tlak těchto přistěhovalců stoupal s věkem, ale po vyloučení tohoto faktoru se ukázalo, že je významné propojení i s délkou pobytu v Austrálii. I když toto nic nedokazuje, je v souladu s představami o významu ovládnutí emocí v rozvoji hypertenze. Italové otevřeně vyjadřují své emoce, i agresivní hnutí.



Nutnost přizpůsobit se novému prostředí obsahovalo i potřebu potlačení živých emocí, což by mohl být psychický základ postupného zvyšování krevního tlaku. [11] Tento vliv sociálního prostředí je prokázán i u zvířat. Krysy, které vyrůstaly od narození v sociální izolaci a poté byly vypuštěny mezi jiné krysy, tak se u nich prokázala zvýšená reaktivita. Zvýšená reaktivita u krys přetrvávala i po jejich opětovné izolaci. [18]

Jednou z charakteristik jedinců trpících esenciální hypertenzí jsou: přehnaná pečlivost, odpovědnost a svědomitost. Další charakteristika uvádí, že tito lidé mají mimořádnou snahu o sebe prosazování, ale okolnosti jim to nedovolili a tento problém se projevil na vzestupu krevního tlaku. Dále byl u těchto jedinců zjištěn větší pocit ohrožení, kterým se trápili. Někteří autoři došli k přesvědčení, že lidé s hypertenzí mají strach z ostatních jedinců a vnímají je jako nebezpečné, nedůvěryhodné. Když si od nich udržují odstup, je jejich hladina krevního tlaku fyziologická, pokud ale selže jejich obranný systém, tlak krve se jim kriticky zvýší.[18]

## **11.7 Léčba esenciální hypertenze**

Léčebná strategie musí být stejně komplexní jako její patogeneze. O prognóze onemocnění rozhoduje výše krevního tlaku dosažená léčbou, ne jeho původní hodnota. Rizikový hypertonici jsou P/K s cukrovkou, dyslipidemií, kuřáci a lidé s genetickou zátěží, tj. předčasné úmrtí v rodině, u mužů do 55 let, u žen do 65 let. P/K s hypertenzí jsou dlouhodobě dispenzarizováni a cílem léčby je snížit:

- TK pod 140/90 mm Hg,
- u mladých hypertoniků či diabetiků na 120-130/80 mm Hg,
- u starších hypertoniků či P/K s projevy srdečních nebo cerebrálních komplikací u:  
TKs  $\geq$  180 mm Hg > na TKs 160 mm Hg, TKs  $\leq$  180 mm Hg > na TK 140/85-90 mm Hg. [12]

### Nefarmakologická léčba

Je indikovaná u P/K s TKd= 100 mm Hg (90-99 mm Hg), pokud za 3-6 měsíců nenastane úprava TK, zahájí se farmakologická léčba.

Cílem nefarmakologické léčby je **snížit**:

- tělesnou hmotnost (efekt už i při poklesu o 5 kg),
- přísun soli,
- nekouřit,
- živočišné tuky
- stres a psychické napětí,
- léky, které způsobují retenci vody a sodíku (př. perorální antikoncepce, glukokortikoidy, nesteroidní antirevmatika),
- nebo naopak **zvýšit** fyzickou aktivitu (např. plavání, lyžování, běh, turistika, o obézních rychlá chůze). [12]

### Psychologické techniky

Tyto techniky je nejvhodnější využít hlavně v počátečních stádiích esenciální hypertenze. Jednou z možností jsou odkrývací techniky (psychoanalýza, skupinová psychoterapie), jejich výsledky jsou až po dlouhodobějším úsilí. Oblíbenější jsou relaxační postupy- jako je autogenní trénink, jóga, a další stejně jako biofeedback krevního tlaku (biologická zpětná vazba). Tato biofeedback technika je velmi zajímavá a prokazuje možnost, ovlivnit hladinu TK vědomou psychickou činností. [11]

### Farmakologická léčba

- *Antihypertenziva*- betablokátory, alfablokátory, blokátory calciových kanálů, inhibitory ACE, přímá vazodilatancia.
  - U P/K s:  $TKd \geq 100$  mm Hg (monoterapie),  $TKd \geq 115$  ihned dvojkombinace antihypertenziv.
- *Diuretika*- kalium šetřící, kalium nešetřící (saluretika, diuretika Henleho kličky).
- *Psychofarmaka*- antidepressiva, neuroleptika, benzodiazepiny jsou méně vhodné. [13]

Farmakoterapie hypertenze se neustále vyvíjí a na základě nových poznatků o morbiditě a mortalitě systematicky léčených pacientů určitým typem antihypertenziva. Při farmakoterapii hypertenze se doporučuje začínat podáváním jedné látky (monoterapie), a teprve při neúspěchu se provádí terapie kombinovaná, kdy nemocný dostává dvě i více látek s odlišným mechanismem účinku. [12]

## **11.8 Plánovaná ošetrovatelská péče u nemocného s esenciální hypertenzí**

Většina nemocných s nekomplikovanou hypertenzí se léčí ambulantně. V případě hospitalizace kde nedochází k přímému ohrožení života je P/K umístěn na standardní interní ošetrovatelskou jednotku. Když dojde k dekompenzaci onemocnění při vzniku hypertenzní krize je P/K umístěn na koronární jednotku či JIP. [12]

### Ambulantní péče

Spočívá v pravidelném sledování nemocného a současné farmakologické léčby i dodržování preventivních opatření. Důležitý je i psychologický přístup k P/K:

- při malých obtížích si P/K neuvědomuje závažnost onemocnění a zlehčuje ho, proti je velice důležité poskytnout mu dostatek informací o nemoci a jejich následcích,
- je nutné P/K motivovat k pravidelnému užívání léků a k zapojení se aktivně do léčby,
- vést P/K k pozitivnímu přístupu k životu, důležité je doporučit aby se P/K vyvaroval negativním a stresovým situacím a upravil si životní rytmus. [12]

Nemocného je nutné informovat o:

- pravidelném užívání léků, pravidelných návštěvách u lékaře,
- dodržování správné životosprávy,
- dostatku pravidelného pohybu a rekreačních sportů (turistika, plavání, jízda na kole aj.), ale přesto snížení fyzické námahy,
- významu klidného a spokojeného života,
- zákazu kouření, omezení kofeinu (max. 1-2 šálky denně), omezení pití alkoholu,
- omezení solení (max. 6g denně),
- snížení tělesné hmotnosti (redukci hmotnosti dojde ke snížení tlaku krve, eliminují se rizikové faktory, léky mají lepší účinek),
- změně stravovacích návyků (méně tučných výrobků a masa, dostatek zeleniny a ovoce, náhrada bílého pečiva za celozrnné aj.),
- nemocnému je možné doporučit pravidelné vlastní měření krevního tlaku (self-monitoring TK. [12]

### Nemocniční péče

Při příjmu je nutné, aby sestra zhodnotila stav nemocného a určila stupeň soběstačnosti. Zvolí vhodnou pomoc při uspokojování potřeb P/K. Pohyb P/K je většinou neomezený, poloha na lůžku přirozená.

- **Sestra pravidelně sleduje fyziologické funkce TK, P, D.** Krevní tlak se měří dle potřeby, minimálně 3x denně, hodnoty se zapisují v případě jejich vzestupu se informuje lékař. Při hypertenzní krizi sestra nemocné uloží do Fowlerovy polohy a neprodleně informuje lékaře, zavede periferní žilní katétr a sleduje TK a dále postupuje dle ordinace lékaře. Dále kontroluje TK před a po nástupu účinku podaných léků, kontroluje tak jejich účinnost. Sleduje účinky léků a výsledky krevních vyšetření.
- **Výživa nemocného** je většinou upravena dietou s omezením soli. U obézních P/K je ordinována dieta redukční, u diabetiků pak diabetická. Nutné je informovat P/K, aby snížil příjem soli, tuků, kávy, alkoholu aj.
- **Vyprazdňování nemocného** je důležité pravidelně sledovat. Zejména vyprazdňování stolice může být pro P/K se závažnou hypertenzí nebezpečné, zvláště když má zácpu. Proto jsou doporučovány vhodné potraviny, které usnadňují pravidelné vyprázdnění. Když k vyprázdnění nedojde, je možné použít lehká projímadla či lékař může předepsat léky se silnějším účinkem nebo klyzma.
- **Nemocní, u kterých je již orgánové poškození** s následnými funkčními změnami mají, většinou značně omezenou soběstačnost. Sestra proto zajistí uspokojování základních potřeb P/K, kde se snaží P/K maximálně aktivizovat,
- **Podávání léků.** Sestra zajistí pravidelné podávání perorálních i ostatních medikamentů. Zjišťuje žádoucí i nežádoucí působení terapie a informuje lékaře.

# **PRAKTICKÁ ČÁST**

## **12 Cíle a hypotézy práce**

### **12.1 Cíle**

Tato práce zkoumala, zda mají psychické faktory vliv na hladinu krevního tlaku, jaké faktory to nejčastěji jsou a zda spolu s hladinou krevního tlaku souvisejí. V mé práci jsem si stanovila dva cíle, prvním cílem bylo zmonitorovat, zda psychické faktory ovlivňují hladinu krevního tlaku. Druhým cílem bylo zjistit, zda lidská populace uvědomuje závislost hladiny krevního tlaku na psychických aspektech.

K dosažení cílů bylo nutné provést kvantitativní výzkum u náhodně vybraných P/K trpících esenciální hypertenzí, kdy jsem se zaměřila na ženy i muže od 18 ti let věku.

### **12.2 Hypotézy**

Na počátku tvorby výzkumu jsem si po stanovení cílů také stanovila hypotézy, které se mi po zpracovávání výzkumu potvrdily či vyvrátily.

Stanovila jsem si následující 3 hypotézy. Předpokládám že:

1. Míra a intenzita stresu je spolučinitelem na vysokém krevním tlaku.
2. Těžké psychosociální situace ovlivňují hladinu krevního tlaku.
3. Lidská populace si neuvědomuje závislost krevního tlaku na psychických aspektech (vztah tělo a duše).

## **13 Metodika a organizace výzkumu**

### **13.1 Popis výzkumného vzorku a metody**

K získání potřebných údajů jsem zvolila metodu dotazníkového šetření. Dotazník obsahoval 22 otázek, z toho 11 otázek uzavřených, 7 polouzavřených, 3 otázky identifikační a 1 otázka se zákřesem do hodnotící stupnice. Všechny otázky uzavřené a polouzavřené byly výběrové. První strana dotazníku byla zaměřena na zjištění věku P/K, na věk kdy se vysoký KT prokázal. Dále první strana obsahovala otázky ke zjištění zaměstnání P/K a hodnoty KT. Další část dotazníku je zaměřena na prožívaný stres, těžké životní situace, ovlivňování tělesné a duševní složky člověka a na konec otázky týkající se vyhledání odborné pomoci.

Cílovou skupinou byli P/K s prokázanou esenciální hypertenzí v kardiologické ambulanci v Liberci u MUDr. J. Gillára a praktické lékařky MUDr. M. Štrunclové ve věku od 18 let. Nejmladšímu K/P bylo 24 let a nejstaršímu 88 let. Dotazník byl pro obě pohlaví totožný a anonymní. Na ambulanci a k praktické lékařce bylo dodáno 100 dotazníků, návratnost dotazníků vyplněných byla 52%, výzkumný vzorek se tedy skládal z 52 klientů/pacientů, přibližně 51,9% mužů a 48% žen.

### **13.2 Organizace výzkumu**

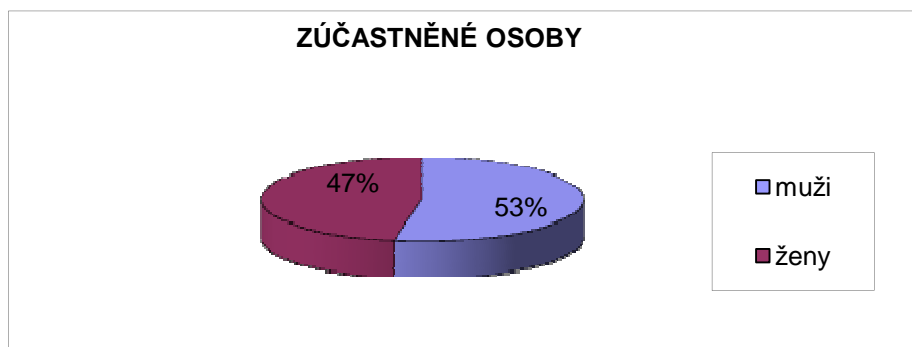
- Prosinec 2009 navrhnutí a vytvoření dotazníku,
- leden 2010 konzultace vytvořeného dotazníku s vedoucím bakalářské práce,
- konec ledna 2010 proveden před výzkum rozdáno 5 dotazníků a provedeno zjištění vhodnosti položených otázek,
- kontrola vhodnosti dotazníku, upravení dotazníku do konečné formy,
- únor 2010 dodání dotazníků do kardiologické ambulance MUDr. J. Gillára a k praktické lékařce MUDr. M. Štrunclové v Liberci
- poskytnutí informací zdravotním sestřám v ambulancích o dotazníku, kteří ochotně poskytovali dotazníky P/K s esenciální hypertenzí a ponechala jsem svůj kontakt pro následné nejasnosti v dotazníku
- březen 2010 sběr vyplněných dotazníků a počátek vyhodnocování výzkumu.

Výsledky výzkumu byly zpracovány v Microsoft Office Excel 2002. Tabulky a doplňující grafy jsou v příloze 1

## 14 Výsledky výzkumu

### 14.1 Pohlaví

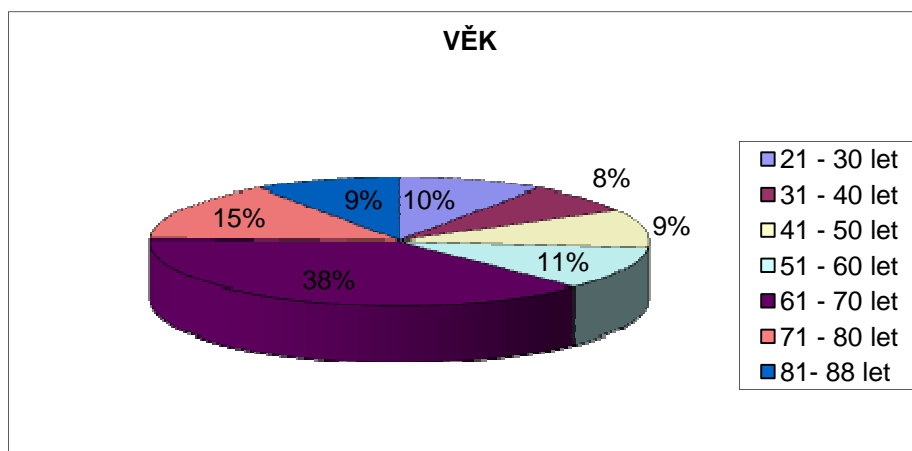
Výzkumu se zúčastnilo 53 klientů/pacientů, z toho 28 mužů, což bylo přibližně 53 % respondentů a 25 žen, tedy přibližně 47 % respondentů (viz graf 1).



*Graf 1- Pohlaví respondentů*

### 14.2 Věk

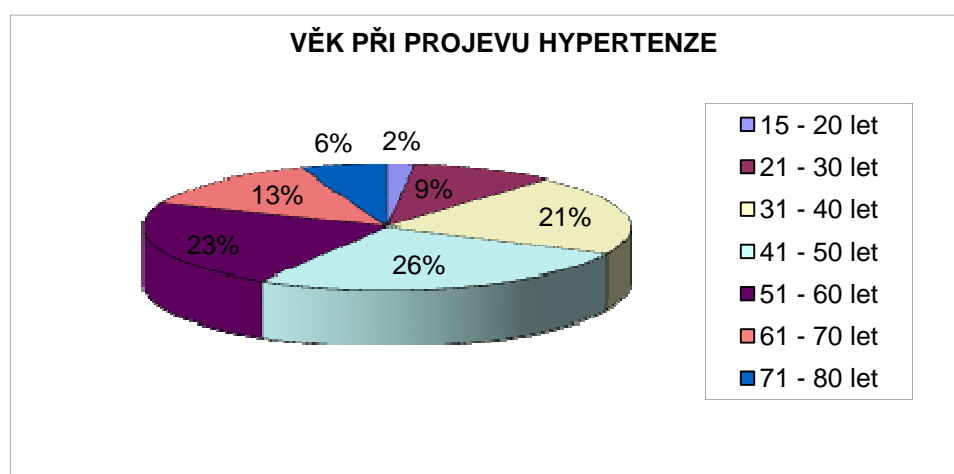
Jak ukazuje následující graf, největší podíl respondentů byli klienti/pacienti ve věkové kategorii 61- 70 let. V této kategorii byl stejný počet žen i mužů. Žen bylo 10 a mužů také 10. Druhou největší skupinu tvoří jedinci ve věkové kategorii 71- 80 let, která zahrnovala 6 mužů a 2 ženy. Třetí skupinu s nejvíce respondenti je věková kategorie 51- 60 let, do které se zařadili 4 muži a 2 ženy. Ve věku 71- 80 let bylo 6 mužů a 2 ženy. Ve věkové kategorii 21- 30 let byli 2 muži a 3 ženy. Totožné byly věkové kategorie ve věku 41-50 let a 81- 88let tyto kategorie tvořili 3 muži a dvě ženy. V nejméně početnější kategorii 31- 40 let byli pouze 4 ženy a žádní muži. Nejmladšímu respondentovi bylo 21 let a nejstaršímu 88 let.



*Graf 2- Počet respondentů v jednotlivých věkových kategoriích*

### 14.3 Věk při zjištění vysokého krevního tlaku

Úkolem této otázky bylo zjistit, v jakém věku se u respondentů projevil vysoký krevní tlak. Jak můžeme vidět v níže uvedeném grafu, největší skupinu tvoří pacienti/klienti ve věkové kategorii 41- 50 let, v tomto věkovém rozmezí se projevil vysoký krevní tlak u 11 mužů a 3 žen. Ve věkové kategorii 51- 60 let se hypertenze prokázala u 3 mužů a 8 žen. V kategorii 31- 40 let, která je na třetí nejpočetnější pozici, je zahrnuto 7 žen a 4 muži. Méně početnějšími skupinami byli kategorie ve věkovém rozmezí 61- 70 let, kde je 5 mužů a 3 ženy, kategorie v rozmezí 21- 30 let s 1 mužem a 4 ženami. Další kategorie 71- 80 let zahrnuje pouze 3 muže. Nejméně početnější je kategorie s 1 ženou, která byla zařazena do věkového rozmezí 15- 20 let. Nejmladšímu respondentovi, u kterého se projevil vysoký krevní tlak, bylo 15 let.

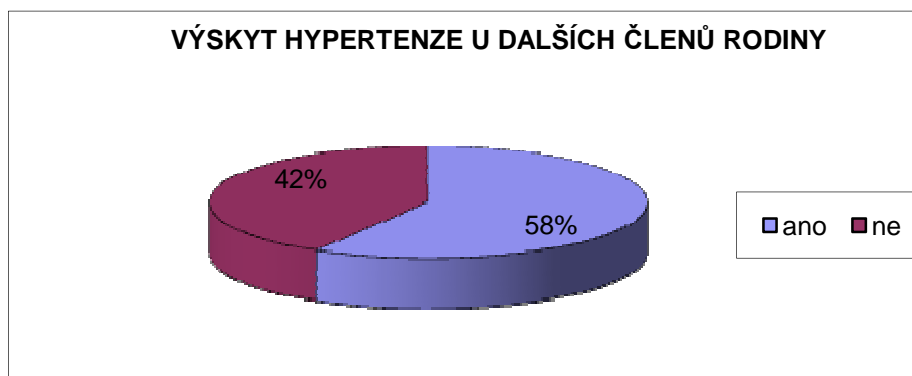


Graf 3- Věk při projevu hypertenze

### 14.4 Výskyt hypertenze u dalších členů rodiny respondentů

Úkolem této otázky bylo zjistit, zda se hypertenze projevila i u dalších členů rodiny respondentů. Jak můžeme vidět v následujícím uvedeném grafu, 31 respondentů uvedlo odpověď ano. Je zřejmé, že hypertenze je do jisté míry genetické onemocnění a podílí se na jejím vzniku mnoho dalších faktorů, ale i psychosomatika zde hraje nezanedbatelnou roli a 22 respondentů uvedlo, že se hypertenze u ostatních členů rodiny nevyskytla.

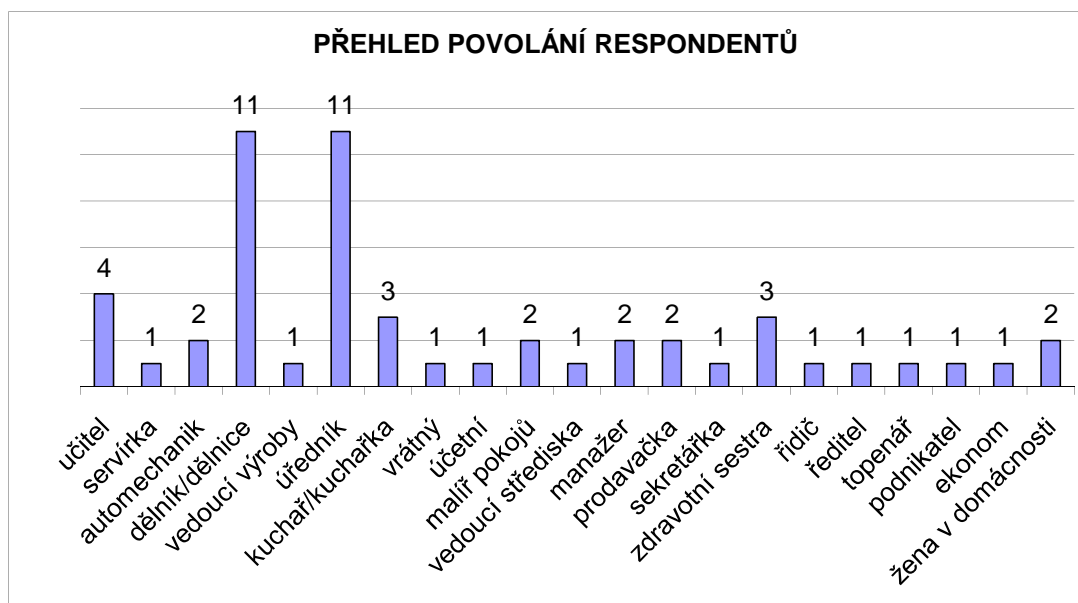




Graf 4- Výskyt hypertenze u dalších členů rodiny

## 14.5 Přehled povolání u respondentů postižených esenciální hypertenzí

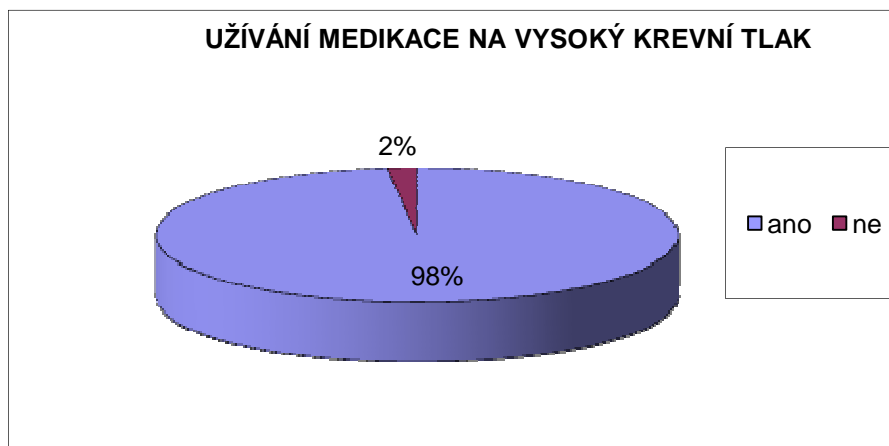
Následující otázka byla zaměřena na povolání, popřípadě bývalé povolání u respondentů v důchodu. Cílem této otázky bylo zjistit, u kterých povolání se hypertenze vyskytuje nejčastěji. Přehled povolání uvádí níže uvedený graf. Povolání byla velice různorodá, z 53 respondentů bylo nejvíce zastoupeno povolání úředník/úřednice, toto povolání vykonávalo 11 respondentů. Stejný počet respondentů uvedl povolání dělník/dělnice. Je z tohoto výzkumu zřejmé, že tyto povolání jsou spojené s hojným výskytem esenciální hypertenze.



Graf 5- Přehled povolání respondentů

## 14.6 Užívání medikace na vysoký krevní tlak

Na kardiologické ambulanci a u praktické lékařky v Liberci kde výzkum probíhal, je 52 klientů/pacientů kteří užívají medikaci na vysoký krevní tlak a pouze jeden respondent uvedl, že medikaci na hypertenzi neužívá.



Graf 6- Užívání medikace na vysoký krevní tlak

## 14.7 Přehled naměřených hodnot krevního tlaku respondentů

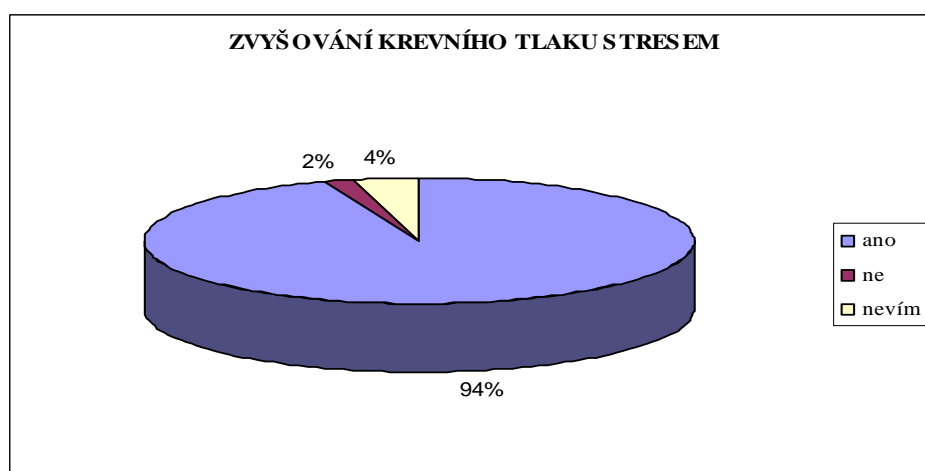
V níže uvedené tabulce uvádím poslední naměřené hodnoty krevního tlaku pacientů/klientů. Tyto hodnoty jim byly naměřeny před vyplněním dotazníku a tato hodnota je aktuální. V tabulce je čitelné, že hodnoty jsou velice různorodé a pro každého pacienta/klienta individuální. Nejvyšší hladina TKs byla naměřena 190 mm Hg a nejvyšší TKd 110 mm Hg. Z této tabulky plyne, že naměřené hodnoty jsou u většiny pacientů/klientů stále patologické i přes užívání medikace u 98 % respondentů.

Naměřené hodnoty TK uvedené v mm Hg						
130/90	130/80	150/100	140/80	170/90	130/90	160/110
140/80	140/90	140/85	125/80	180/100	166/87	130/80
135/85	125/75	160/110	130/75	130/100	140/85	150/90
138/80	140/80	130/80	130/90	190/110	139/85	140/75
130/80	145/90	145/85	140/100	135/70	140/85	140/90
140/90	140/80	190/100	170/110	110/80	130/90	
140/90	150/100	140/90	125/85	135/90	160/90	
135/80	165/105	160/100	140/90	170/100	130/85	

Tab. 4- Přehled posledních naměřených hodnot KT

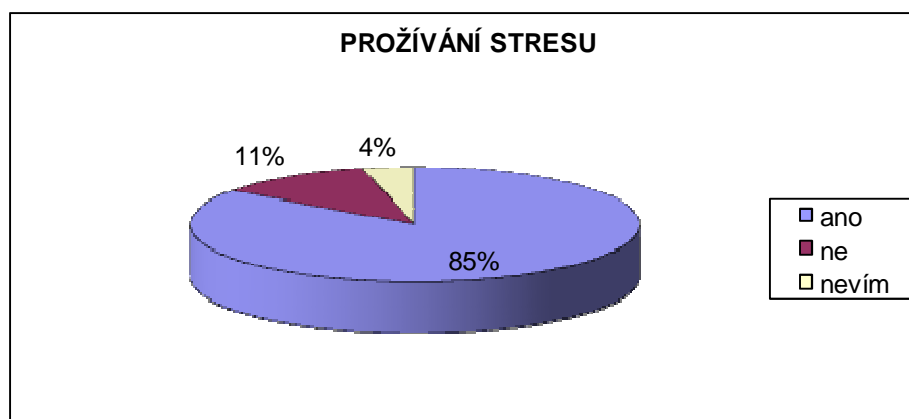
## 14.8 Stres a esenciální hypertenze

Na stres jeho prožívání, míru a intenzitu byl tento výzkum více orientován. V první řadě jsem se zaměřila na to, zda si jsou vůbec respondenti vědomi toho, že by stres mohl ovlivňovat hladinu krevního tlaku a zvyšovat jeho hodnoty. Na níže uvedeném grafu můžeme vidět, že 50 respondentů odpovědělo kladně a jsou si tohoto jevu vědomi. Pouhý jeden respondent uvedl, že stres hladinu krevního tlaku neovlivňuje a 2 respondenti, neví odpověď na tuto otázku. Graf nám jednoznačně ukazuje, že většina klientů/pacientů je informována o tomto riziku a jsou si vědomi, že stres je rizikový faktor při vzestupu krevního tlaku.



Graf 7- Zvyšování krevního tlaku stresem

Hlavním úkolem další dvojice otázek, které se týkali stresu, bylo zjistit, zda respondenti prožívají stres a jak často se pacienti/klienti ve stresu cítí. Jak je zřejmé z níže uvedeného grafu, stres prožívá 45 respondentů. Pouhých 6 pacientů/klientů uvedlo, že se ve stresu necítí a 2 respondenti, vůbec neví, zda stres prožívají. Pokud se podíváme na stres jako na patologický, který má vliv na vzestup krevního tlaku, je výsledek této otázky jednoznačný a stres u respondentů má vliv na hladinu krevního tlaku.



Graf 8- Prožívání stresu

Zajímalo mě také, jak často se respondenti cítí ve stresu. V následujícím grafu můžeme vidět, že nejvíce a to 15 respondentů se ve stresu cítí každý den, 9 respondentů vybralo možnost jednou za týden, 6 respondentů uvedlo, že prožívá stres jednou za 14 dní. Druhá nejpočetnější možnost byla, že 10 pacientů/klientů se cítí ve stresu jednou za měsíc. Pro mě překvapující odpověď, která nabízela možnost, stres neprožívám, uvedlo 8 respondentů. V této otázce jsem nabízela, aby také respondenti uvedli jinou možnost. Takto zareagovali 3 respondenti, první respondent uvedl, že se ve stresu cítí nepravidelně při rodinných problémech, druhý prožívá stres nárazově a poslední uvedl prožívání stresu při návštěvách lékaře.

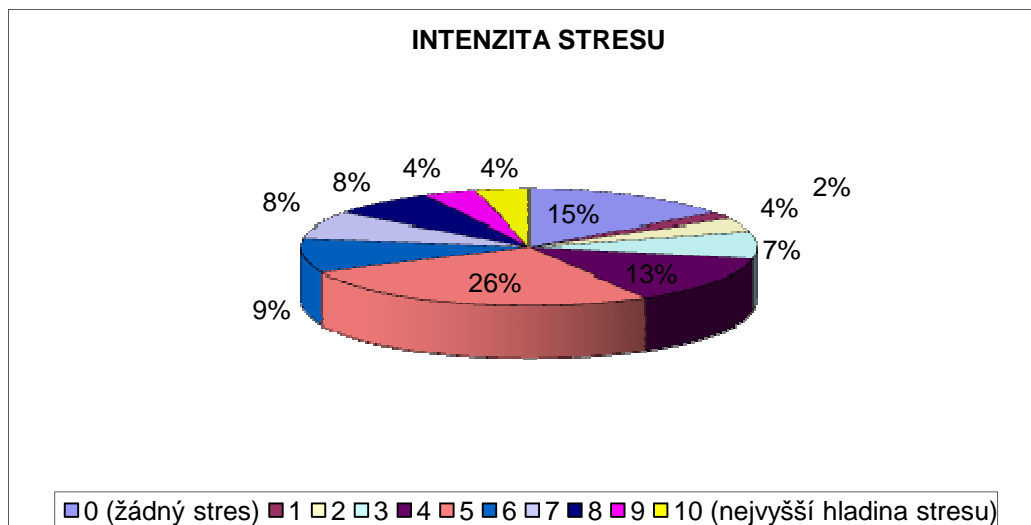


*Graf 9- Výskyt stresu*

Dalším úkolem mého výzkumu bylo, zjistit jakou intenzitu má prožívaný stres respondentů. V dotazníku jsem uváděla měřítko se stupnicí s možnostmi 0-10 (0- žádný stres, 10- nejvyšší hladina stresu). Na této stupnici respondenti zaznamenali vlastní intenzitu prožívaného stresu. V níže uvedeném grafu můžeme vidět, že nejvíce a to 14 respondentů zaznamenalo intenzitu stresu na stupnici u čísla 5. Druhá nejpočetnější skupina a to 7 respondentů zaznamenalo na stupnici číslo 4. Stejný počet pacientů/klientů si vybralo na stupnici intenzitu 3, 7, 8 u každého z těchto čísel byli uvedeni 4 respondenti. Číslo 10 uvádělo nejvyšší intenzitu stresu, u tohoto čísla byli uvedeni 2 respondenti, stejný počet respondentů byl uveden i u čísla 9.

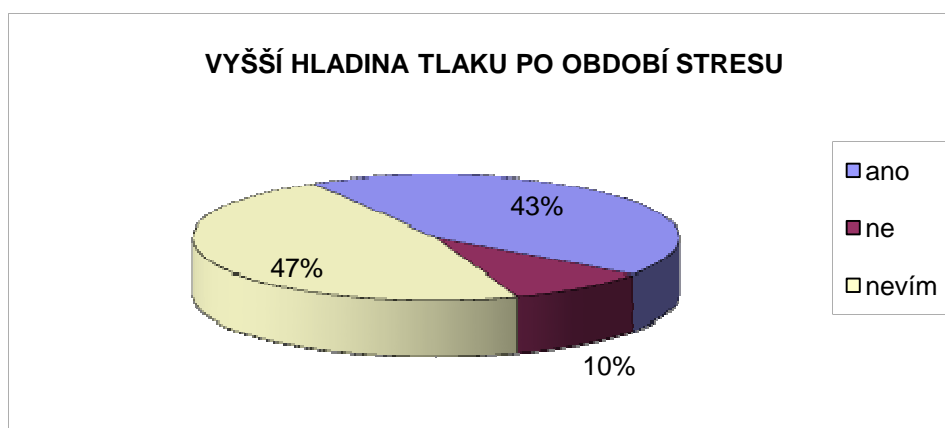
Z mého výzkumu vyšlo, že nejvíce pacientů/klientů prožívá stres v polovině měřítka a stres je roven číslu 5. Nejvyšší intenzitu stresu prožívají pouze 2 pacienti/klienti z 53

respondentů. Když v tomto výzkumu porovnáme ženy a muže, tak je intenzita stresu udávaná ženami vyšší, než hladina stresu udávána muži.



*Graf 10- Intenzita stresu*

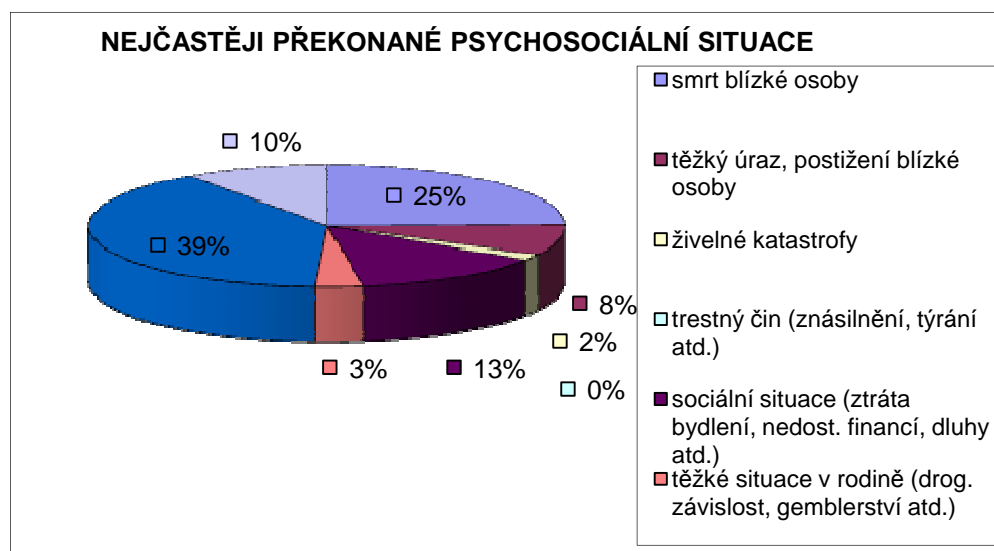
Poslední otázka v mém výzkumu týkající se pouze stresu, kterou můžeme vidět v níže uvedeném grafu. Zajímala mě otázka, zda si pacienti/klienti uvědomují a prokázalo se u nich, že jejich naměřená hodnota krevního tlaku, bývá vyšší po období stresu. I když je tato otázka složitá a vyžaduje, aby se pacienti/klienti sledovali a pravidelně si měřili, nebo jim byla měřena hodnota krevního tlaku. I přesto 23 respondentů uvedlo, že jejich hladina krevního tlaku bývá po období stresu vyšší. Odpověď ne vybralo pouhých 5 respondentů a 23 pacientů/klientů uvedlo možnost nevím.



*Graf 10- Vyšší hladina stresu po období stresu*

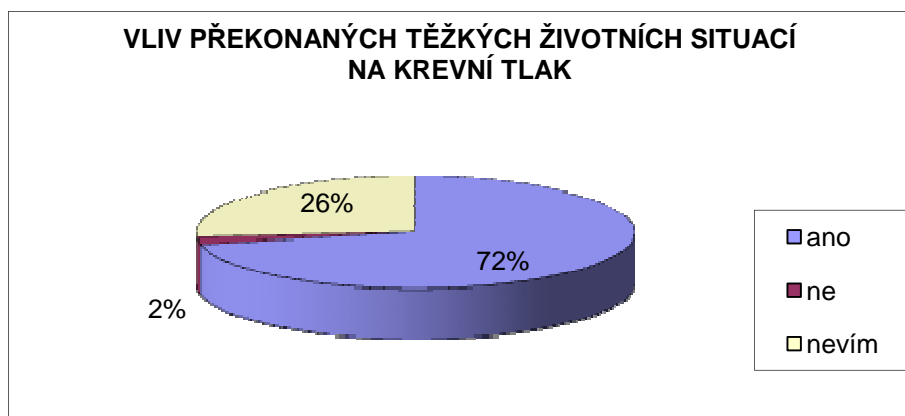
## 14.9 Těžké životní situace a esenciální hypertenze

Psychosociální situace mohou mít bezesporu vliv na hladinu krevního tlaku a v mém výzkumu mě zajímalo, jaké situace to jsou nejčastěji. V otázce týkající se těchto situací jsem dala na výběr 6 možností. Respondenti mohli zaznamenat i více možností, které v životě překonali. I když možnosti byli rozsáhle a zahrnovali mnoho situací, dala jsem ještě možnost, aby respondenti uvedli i jiné situace, které tato otázka nenabízela. Přehled nejčastěji překonaných psychosociálních situací uvádí následující graf. Z grafu je patrné, že nejčastěji překonanou situací u 15 pacientů/klientů je smrt velmi blízké osoby. Druhou nejpočetnější situací je sociální situace, kterou uvedlo 8 respondentů. Možnost jiné si vybralo 6 respondentů, 2 pacienti/klienti uvedli možnost válka, 2 K/P ztrátu práce a 2 K/P rozvod. Za velice kladný výsledek této otázky výzkumu považuji, že 24 respondentů neprožilo žádnou tuto psychosociální situaci a ani jinou situaci neuvedlo.



Graf 11- Nejčastěji překonané psychosociální situace

Zajímalo mě také, zda si respondenti myslí, že překonané těžké životní situace mají vliv na hladinu krevního tlaku. Vyhodnocení této otázky uvádí následující graf. Pouhý 1 respondent uvedl, že těžké životní situace nemají vliv na krevní tlak a 38 pacientů/klientů uvedlo, že ano. Odpověď nevím uvedlo 14 respondentů. Z toho vyplývá, že většina respondentů si je vědoma tohoto jevu.



*Graf 12- Vliv překonaných těžkých životních situací na krevní tlak*

Dále mě zajímali, jestli se problémy s krevním tlakem objevili u pacientů/klientů po období stresu či po těžké životní situaci a jsou na tuto otázku schopni odpovědět (viz graf 13). Když respondenti uvedli odpověď ano, mě také zajímalo a chtěla jsem, aby uvedli nejčastější příčinu stresu, nebo těžkou životní situaci. Kladně odpovědělo 17 pacientů/klientů. Příčinu stresu uvedlo pouze 6 respondentů, kteří uvedli problémy jako: práce, rodina, smrt blízké osoby, operace, nemoc, nedostatek financí. Odpověď nevím uvedlo 20 respondentů a odpověď ne 16 pacientů/klientů.

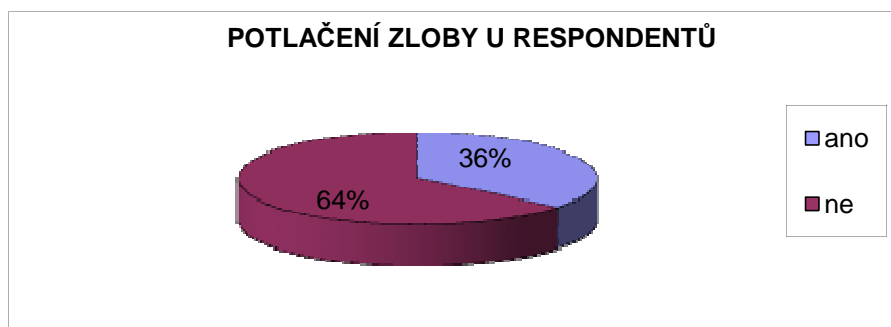


*Graf 13- Vliv období stresu či těžké životní události na krevní tlak*

#### **14.11 Potlačení zloby, podřizování okolí**

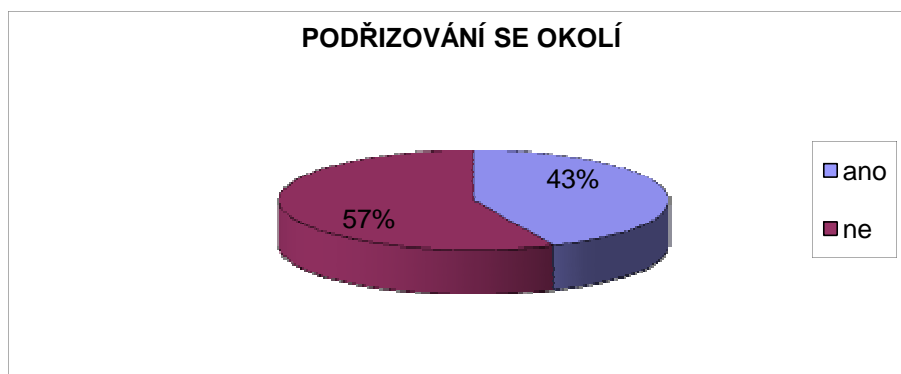
V souvislosti s esenciální hypertenzí jsem se zajímala o dvojici otázek. Zda se respondenti podřizují často svému okolí a zda v sobě často potlačují zlobu i co zlobu nejčastěji vyvolává. Myslím si, že v tomto výzkumu byla odpověď na tyto otázky důležitá v souvislosti s hypertenzí.

První otázka kterou uvádí následující graf, se týkala problému, zda v sobě respondenti často potlačují zlobu. Pro mě překvapivě uvedlo 34 respondentů, že zlobu nepotlačují. Zbýlých 19 respondentů uvedlo, že zlobu potlačují. Dále mě zajímalo i co zlobu nejčastěji vyvolává. Respondenti nejčastěji uvedli příčinu zloby rodinu, děti, politiku, lidi okolo sebe, sousedy, a časté hádky.



*Graf 14- Potlačení zloby u respondentů*

Dále jsem se zabývala otázkou, jestli se respondenti podřizují často svému okolí. Z odpovědí vyšlo, že 23 respondentů se podřizuje a 30 ne. Z těchto odpovědí výzkumu je zřejmý výsledek, že tento jev může do jisté míry zvyšovat krevní tlak, ale není tento problém vždy rizikový. I respondenti, kteří se nepodřizují svému okolí, mají také vysoký krevní tlak (viz graf 15).



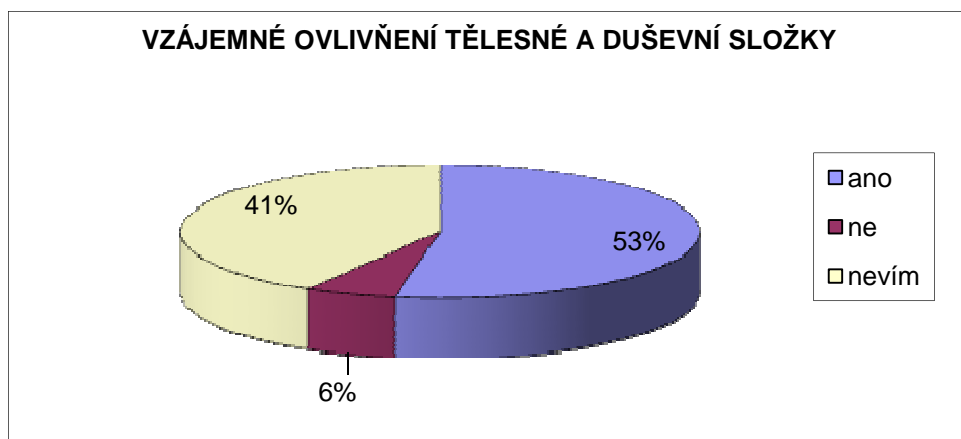
*Graf 15- Podřizování se okolí*

## 14.12 Souvislost tělesné a duševní složky člověka

Zde sem se zaměřila na dvojici otázek. První souvisí obecně s informovaností pacientů/klientů, zda jsou si vůbec vědomi, že tělesná složka (lidské orgány jejich správná funkce) a duševní složka (psychika) se vzájemně ovlivňují. Výsledky uvádí následující graf. Odpověď ano uvedlo 28 respondentů. U této odpovědi jsem dala prostor k uvedení příkladu, aby respondenti uvedli, co se může přímo vzájemně ovlivňovat. Tento prostor využilo pouze 7 dotázaných a do dotazníku uvedli: stres a funkce srdce, záda a špatná nálada, stres a porucha

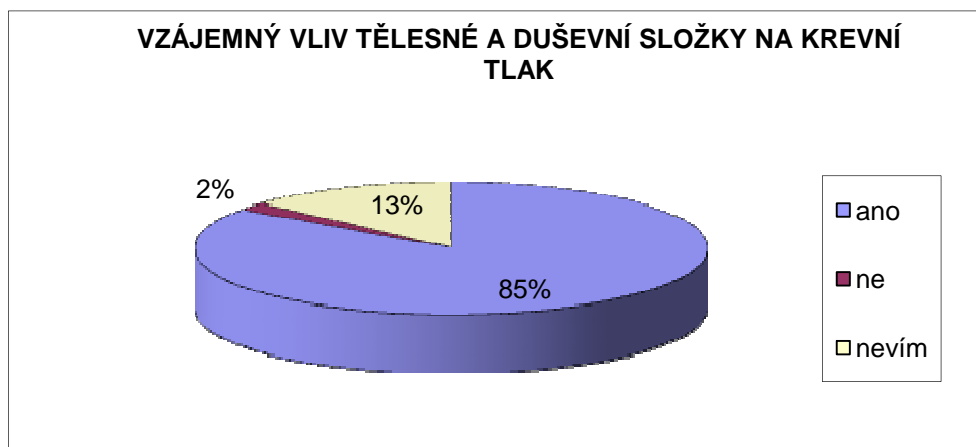


metabolismu, nadváha a stres, stres a krevní tlak, žaludeční-žlučnickové bolesti a stres, snížená fyzická výkonnost u špatné psychiky. Odpověď nevím uvedlo 22 respondentů a 3 uvedli, že se tělesná a duševní složka neovlivňují. Z těchto odpovědí mého výzkumu plyne, že pouze 7 respondentů dokázalo najít spojitost mezi tělem a duší a 21 respondentů si to pouze myslí, ale nedokážou uvést příklad.



*Graf 16- Vzájemné ovlivnění tělesné a duševní složky*

Druhou otázku jsem zaměřila přímo na krevní tlak, zda si respondenti myslí, že tělesná složka a psychický stav mají vzájemný vliv na hladinu krevního tlaku (viz graf 17). S převahou odpovídalo kladně 38 respondentů. Pouhý jeden pacient/klient uvedl odpověď ne a 14 respondentů neví, zda by tělesná složka a psychický stav měla vzájemný vliv na hladinu krevního tlaku.



*Graf 17- Vzájemný vliv tělesné a duševní složky na krevní tlak*

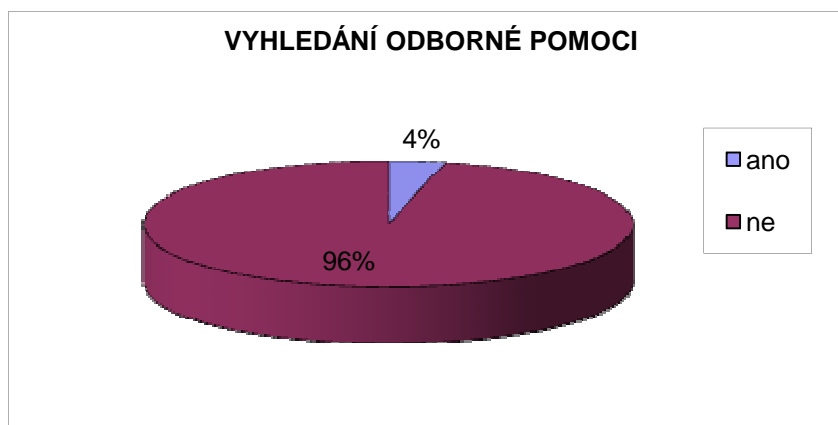
### 14.13 Vyhledání odborné pomoci, doporučení lékaře

U dvojice poslední otázek v dotazníku mne zajímalo, zda ošetřující lékař doporučil pacientům/klientům s hypertenzí psychologickou či psychiatrickou pomoc. V níže uvedeném grafu můžeme zjistit, že nikomu z 53 respondentů ošetřující lékař tuto možnost nedoporučil. Myslím si, že zde by to mělo být naopak a pacienti/klienti by si měli být vědomi, že ne jenom ošetřující lékař jim může poskytnout pomoc. Pacienti/klienti by si měli uvědomit, že hypertenze není jen onemocnění orgánu, ale psychika zde hraje velmi důležitou roli.



Graf 18- Doporučení ošetřujícího lékaře k vyhledání jiné pomoci

Poslední otázka mého dotazníku v níže uvedeném grafu se týkala problému, zda respondenti, když prožívali stres, neb překonávali těžkou psychosociální situaci, vyhledali odbornou pomoc. Výsledek je jednoznačný 51 pacientů/klientů udává, že nikoho nevyhledali. K vyhledání odborné pomoci se rozhodli pouzí 2 respondenti. Udávají, že vyhledali pomoc psychologa.



Graf 19- Vyhledání odborné pomoci

## **14.14 Vyhodnocení hypotéz výzkumu**

### **14.14.1 Hypotéza č. 1**

H: Míra a intenzita stresu je spolučinitelem na vysokém krevním tlaku

K ověření této hypotézy sloužily v dotazníku otázky číslo 8, 9, 10, 11, 12 a 13. Zajímala jsem se zde o to, zda si respondenti myslí, že stres zvyšuje hladinu krevního tlaku. Zda se cítí ve stresu, jak často se ve stresu cítí a jakou míru a intenzitu má jejich stres. Respondenti měli v dotazníku uvedeno měřítko, na kterém intenzitu stresu zakreslili. Dále byly respondentům položeny otázky o tom, zda bývá jejich hladina krevního tlaku vyšší po období stresu a zda se jejich problémy s krevním tlakem projeví po tomto období.

Po vyhodnocení otázky č. 7 vzešlo, že si 94% respondentů myslí, že stres zvyšuje hladinu krevního tlaku. Výsledkem následující otázky bylo, že 85% respondentů se ve stresu cítí. U otázky č. 9 vyšlo najevo, že nejvyšší počet a to 28% respondentů prožívá stres každý den. U otázky č. 10 se ukázalo, že nejvíce 26% respondentů udává svoji intenzitu stresu na měřítku u čísla 5. Následující otázka č. 11 ukázala, že 43% respondentů má vyšší hladinu krevního tlaku po období stresu a 47% respondentů neví, zda je jejich hladina KT vyšší po tomto období.

Pokud se na tyto otázky podíváme souhrnně, co se týká prožívání stresu a ovlivnění krevního tlaku, je zřejmé, že stres je spolučinitelem na vysokém krevním tlaku a hraje velkou roli při vzniku hypertenze.

Tato hypotéza se tedy potvrdila, protože 94% respondentů uvedlo, že stres zvyšuje hladinu krevního tlaku a 85% respondentů s esenciální hypertenzí se ve stresu cítí.

### **14.14.2 Hypotéza č. 2**

H: Těžké psychosociální situace ovlivňují hladinu krevního tlaku.

K potvrzení či vyloučení hypotézy sloužily otázky č. 13, 14 a 18. Po zpracování výsledku výzkumu jsem došla k závěru, že tato hypotéza se také potvrdila, protože u otázky č. 18 uvedlo 72% respondentů, že překonané těžké životní situace mají vliv na hladinu krevního tlaku. Otázka č. 14 nabízela respondentům překonané psychosociální situace. Z otázky vyplynulo, že 61% respondentů označilo jednu někdy i více situací. Smrt blízké osoby s celkem 25%, byla nejčastěji uvedená psychosociální situace.

### 14.14.2 Hypotéza č. 3

H: Lidská populace si neuvědomuje závislost krevního tlaku na psychických aspektech (vztah tělo a duše).

S touto hypotézou souvisely otázky č. 19 a 20. Jak už bylo napsáno dříve, tak u otázky č. 20 uvedlo 53% respondentů, že se tělesná a duševní složka se vzájemně ovlivňují. Samozřejmě mne v rámci této otázky zajímalo, zda i respondenti dokážou uvést nějaký příklad vzájemného ovlivňování těchto složek a vhodný příklad uvedlo pouze 7 respondentů.

Otázka č. 20 byla přímo zaměřena na vzájemný vliv psychické a tělesné složky na krevní tlak. U této otázky uvedlo 85% respondentů, že tělesná složka a psychický stav mají vzájemný vliv na vysoký krevní tlak.

Tato hypotéza se vyvrátila, jelikož 85% respondentů si uvědomuje závislost krevního tlaku na psychických aspektech.

## 15. Diskuze

V rámci mého výzkumu sem si vybrala výzkumný vzorek pacientů/klientů pouze s esenciální hypertenzí. Respondenty jsem si vybrala v kardiologické ambulanci v Liberci u MUDr. Gillára Jaromila v Masarykově ulici v Liberci. Pro malý počet respondentů jsem se ještě rozhodla dodat dotazníky k praktické lékařce MUDr. Štrynclové Marii, která má ordinaci v Pavlovicích v Liberci. Dotazníky jsem dodala osobně a ponechala jsem je v ordinacích a sestry podávali dotazníky pacientům/klientům přímo s esenciální hypertenzí. V rámci omezených možností a finančních prostředků bylo dodáno 100 kusů dotazníků, ale pouze 53 respondentů tento dotazník vyplnilo.

Ve výzkumu sem se zaměřila na psychosomatické onemocnění a to přímo na esenciální hypertenzi. Zajímalo mně, jestli má stres vliv na krevní tlak u respondentů, zda překonali psychosociální situace a jaké to nejčastěji jsou a zda si uvědomují ovlivňování tělesné a duševní složky člověka. Z těchto základních problémů jsem si stanovila své hypotézy a cíle.

Dále jsem se zajímala o povolání respondentů, u kterého je nejčastější výskyt esenciální hypertenze. Velice důležitou složkou byla uvedená poslední naměřená hodnota krevního tlaku respondentů.

Zabývala jsem se i problémem, zda v sobě respondenti často potlačují zlobu, aniž by ji projevili navenek. Dále mne zajímalo, zda se respondenti podřizují často svému okolí jak v pracovním tak i v rodinném životě.

Co bylo v tomto výzkumu důležité, bylo i to, zda měli respondenti doporučení od ošetřujícího lékaře na psychologickou či psychiatrickou pomoc v rámci léčby esenciální hypertenze. A zda respondenti vyhledali odbornou pomoc při prožívání těžké životní situace nebo stresu.

Myslím si a je zřejmé, že by výsledky mého výzkumu byli odlišné v jiných městech než v Liberci. Například v Praze kde je odlišné prostředí a zrychlený způsob života ve kterém se častěji vyskytuje stres. Chtěla bych v tomto tématu dále pokračovat a poskytnout dotazníky respondentům v Praze aby mohlo dojít k porovnání výsledků výzkumu v této problematice.

Esenciální hypertenze je zajisté nebezpečné onemocnění, co se týká svých důsledků. Lidé by měli být informováni o tomto problému více v souvislosti psychických aspektů, které jsou spolučinitelem na vzniku a průběhu tohoto onemocnění.

I z pohledu zdravotních sester, které jsou nejčastěji ve styku s pacientem, by měli být o tomto problému více informovány a měli by se více vzdělávat. Nejenom aby zdravotní sestry dokázaly pacientovi podat předepsaný lék na vysoký krevní tlak, ale aby se snažily předat své vědomosti pacientovi o ostatních faktorech, které se na vysokém krevním tlaku podílejí. Že tělesná a duševní složka spolu souvisí a problém vždy nesouvisí pouze s porušenou funkcí orgánu, ale že také záleží na psychickém rozpoložení pacienta a na možnosti si tento problém připustit.

## 16. Závěr

Cílem mé bakalářské práce bylo zjistit, zda psychické faktory ovlivňují hladinu krevního tlaku a zmonitorovat, zda si lidská populace uvědomuje závislost krevního tlaku na psychických aspektech.

Záměrem také bylo seznámit čtenáře s problematikou psychosomatických onemocnění zaměřením právě na esenciální hypertenzi. Právě toto onemocnění je velice rozšířené a je důležité se tímto problémem více zabývat právě i z pohledu psychosomatiky a v případě nalezených problémů nastínit možné řešení.

Nejdůležitější předpokládané údaje nastiňovali stanovené hypotézy. První hypotéza se zabývala stresem jeho mírou a intenzitou, zda je spolučinitelem na vysokém krevním tlaku. Z výsledků výzkumu vzešlo, že míra a intenzita stresu je spolučinitelem na vysokém krevním tlaku. Udávaná intenzita prožívaného stresu není na své nejvyšší hodnotě, oproti nejvyšší hodnotě je poloviční, ale zato je stres nejčastěji prožíván každý den.

Druhá hypotéza byla zaměřena na těžké psychosociální situace, zda ovlivňují hladinu krevního tlaku. Tato hypotéza se také potvrdila a nejčastěji udávanou těžkou psychosociální situací je smrt velmi blízké osoby.

Třetí hypotéza poukazovala na to, že si lidská populace neuvědomuje závislost krevního tlaku na psychických aspektech (vztah tělo a duše). Tato hypotéza se vyvrátila, navzdory mému očekávání označilo 85% respondentů, že tělesná složka a psychický stav mají vzájemný vliv na vysoký krevní tlak.

Po zpracování výsledku můžeme vidět, že stres a těžké psychosociální situace ovlivňují hladinu krevního tlaku. Proto by podle mě v rámci esenciální hypertenze měla být tomuto problému věnována větší pozornost. Vhodné by bylo kdyby pacientů/klientů s esenciální hypertenzí bylo poskytováno více informací a byla jim doporučována i jiná odborná pomoc jako psychologové či psychiatři. Pacient bude dostatečně informován a nebude mít strach tuto jinou odbornou pomoc vyhledat.

Závěrem této práce jsem vypracovala stručný informační leták: Jak předcházet vzniku či vzestupu krevního tlaku (viz příloha 3). Určený pro širokou veřejnost i pro P/K s esenciální hypertenzí.

Myslím si, že dostatečný zájem lékařů i ostatních zdravotníků o klienty/pacienty s esenciální hypertenzí může vést ke kvalitní a komplexní péči. Empatický přístup, správná edukace a vstřícné chování by mohly vést k tomu, že pacienti/klienti pochopí dostatečně svůj problém ve všech možných oblastech a dokážou svůj problém za pomoci odborníků vyřešit.



## Soupis bibliografických citací

### Primární

- [1] DANZER, G. *Psychosomatika*. 1. vyd. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-456-7
- [2] PONĚŠICKÝ, J. *Psychosomatika*. 1. vyd. Praha: TRITON, 2002.  
ISBN 80-7254-216-8
- [3] MORSCITZKY, H.; SATOR, S. *Když duše mluví řečí těla*. 1. vyd. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-218-8
- [4] TRESS, W. a kol. *Základy psychosomatické péče*. 1. vyd. Praha: Portál, 2007.  
ISBN 978-80-7367-309-3
- [5] BAŠTECKÁ, B. a kol. *Klinická psychologie v praxi*. 1. vyd. Praha: Portál, 2003.  
ISBN 80-7178-735-3
- [6] PONĚŠICKÝ, J. *Neurózy, psychosomatická onemocnění a psychoterapie*. 2. vyd. Praha: TRITON, 2004. ISBN 80-7254-459-4
- [7] RATTNER, J. *Základy holistické léčby*. 1. vyd. Bratislava: Eugenika, 2001.  
ISBN 80-88193-81-0
- [9] NOVOTNÝ, P. *Fyziologie nemocí*. 1. vyd. Liberec: Dialog, 2009  
ISBN 978-80-86761-99-2
- [10] SOUČEK, M.; KÁRA T. a kol. *Klinická patofyziologie hypertenze*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing 2002. ISBN 80-247-0227-4
- [11] BAŠTECKÝ, J.; ŠAVLÍK J.; ŠIMEK J. *Psychosomatická medicína*. 1. vyd. Praha: Grada Avicenum 1993. ISBN 80-7169-031-7
- [12] ŠAFRÁNKOVÁ, A.; NEJEDLÁ M. *Interní ošetřovatelství I*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2006. ISBN 80-247-1148-6
- [13] HYNIE, S. *Farmakologie v kostce*. 2. vyd. Praha: TRITON, 2001.  
ISBN 80-7254-181-1.
- [14] LEIBOLD, G. *Rizika vysokého krevního tlaku*. 1. vyd. České Budějovice: DONA, 1993. ISBN 80-85463-22-9
- [15] KELLNER, R. *Psychosomatic syndromes and somatic symptoms*. 1. vyd. Washington, DC: American Psychiatric Press 1991. ISBN 978-0880481106
- [16] CHROMÝ, K.; HONZÁK, R. *Somatizace a funkční poruchy*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2005. ISBN 80-247-1473-6
- [17] ZACHAROVÁ, E.; HERMANOVÁ, M.; ŠRÁMKOVÁ J. *Zdravotnická psychologie*. 1. vyd. Praha: Grada publishing, a.s., 2007. ISBN 978-80-247-2068-5

- [18] KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2002. ISBN 8024701790
- [19] HOLMES, T.; RAHE, R. *Life stress inventory, stress scale*  
Dostupnéz:<[http://en.wikipedia.org/wiki/Holmes\\_and\\_Rahe\\_stress\\_scale#cite\\_note-pmid6059863-0](http://en.wikipedia.org/wiki/Holmes_and_Rahe_stress_scale#cite_note-pmid6059863-0)>
- [20] NOVÁK, T. *Jak bojovat se stresem*. 1. vyd. Praha: Grada, 2004  
ISBN 80-247- 0695-4
- [21] VÝROST, J.; SALAMĚNÍK I. *Sociální psychologie*. 2. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2008. ISBN:978-80-247-1428-8.

#### Sekundární

- [22] BUFGEAIS, A. a kol. *Psychosomatic medicine*. 1. vyd. Washington: American Psychiatric Publishing 2008. ISBN 978-1585622993
- [23] WILSON, P.; MINTZ I. *Psychosomatic symptoms*. 1. vyd. London: Jason Aronson, 1980. ISBN 978-0876688779.
- [24] SHORTER, E. *From paralysis to fatigue*. 1. vyd. New York: The free press, 1993.  
ISBN-978-0029286678
- [25] KOMÁREK, S. *Spasení těla*. 1. vyd. Praha: Mladá fronta, 2005.  
ISBN-802- 0412875

## **Seznam příloh**

Příloha 1 - Tabulky

Příloha 2 - Dotazník pro respondenty

Příloha 3 – Informační leták

## Příloha 1 Tabulky

**Tab. 1 Přehled respondentů**

respondenti	absolutní četnost	relativní četnost
muži	28	53%
ženy	25	47%

**Tab. 2 Rozdělení respondentů podle věkových kategorií a pohlaví**

věkové kategorie	muži		ženy		celkem	
	absolutní četnost	relativní četnost	absolutní četnost	relativní četnost	absolutní četnost	relativní četnost
21 - 30 let	2	7%	3	12%	5	9%
31 - 40 let	0	0%	4	16%	4	8%
41 - 50 let	3	11%	2	8%	5	9%
51 - 60 let	4	14%	2	8%	6	11%
61 - 70 let	10	36%	10	40%	20	38%
71 - 80 let	6	21%	2	8%	8	15%
81- 88 let	3	11%	2	8%	5	9%

**Tab. 3 Rozdělení respondentů podle věku a pohlaví kdy se u nich projevil vysoký krevní tlak**

věkové kategorie	muži		ženy		celkem	
	absolutní četnost	relativní četnost	absolutní četnost	relativní četnost	absolutní četnost	relativní četnost
15 - 20 let	1	4%	0	0%	1	2%
21 - 30 let	1	4%	4	16%	5	9%
31 - 40 let	4	14%	7	28%	11	21%
41 - 50 let	11	39%	3	12%	14	26%
51 - 60 let	3	11%	8	32%	12	23%
61 - 70 let	5	18%	3	12%	7	13%
71 - 80 let	3	11%	0	0%	3	6%

**Tab. 4 Přehled posledních naměřených hodnot KT**

Naměřené hodnoty TK uvedené v mm Hg						
130/90	130/80	150/100	140/80	170/90	130/90	160/110
140/80	140/90	140/85	125/80	180/100	166/87	130/80
135/85	125/75	160/110	130/75	130/100	140/85	150/90
138/80	140/80	130/80	130/90	190/110	139/85	140/75
130/80	145/90	145/85	140/100	135/70	140/85	140/90
140/90	140/80	190/100	170/110	110/80	130/90	
140/90	150/100	140/90	125/85	135/90	160/90	
135/80	165/105	160/100	140/90	170/100	130/85	

**Tab. 5 Přehled povolání respondentů**

<b>Povolání</b>	<b>Počet respondentů</b>
učitel	4
servírka	1
automechanik	2
dělník/dělnice	11
vedoucí výroby	1
úředník	11
kuchař/kuchařka	3
vrátný	1
účetní	1
malíř pokojů	2
vedoucí střediska	1
manažer	2
prodavačka	2
sekretářka	1
zdravotní sestra	3
řidič	1
ředitel	1
topenář	1
podnikatel	1
ekonom	1
žena v domácnosti	2

**Tab. 6 Výskyt vysokého krevního tlaku v rodině**

<b>možnosti odpovědí</b>	<b>absolutní četnost</b>	<b>relativní četnost</b>
<b>ano</b>	31	58%
<b>ne</b>	22	42%

**Tab. 7 Zvýšení hladiny KT stresem**

<b>možnosti odpovědí</b>	<b>absolutní četnost</b>	<b>relativní četnost</b>
<b>ano</b>	50	94%
<b>ne</b>	1	2%
<b>nevím</b>	2	4%

**Tab. 8 Prožívání stresu**

<b>možnosti odpovědí</b>	<b>absolutní četnost</b>	<b>relativní četnost</b>
<b>ano</b>	45	85%
<b>ne</b>	6	11%
<b>nevím</b>	2	4%

**Tab. 9 Frekvence prožívání stresu**

<b>možnosti odpovědí</b>	<b>absolutní četnost</b>	<b>relativní četnost</b>
<b>každý den</b>	15	28%
<b>jednou týdně</b>	9	17%
<b>jednou za 14 dní</b>	6	11%
<b>jednou za měsíc</b>	10	19%
<b>jednou za půl roku</b>	2	4%
<b>ve stresu se necítí</b>	8	15%
<b>jiné:(resp. uvedli- nepravidelně, nárazově, při návštěvě lékaře)</b>	3	6%

**Tab. 10 Míra a intenzita stresu respondentů ( 0- žádný stres, 10- nejsilnější stres)**

<b>možnosti odpovědí</b>	<b>absolutní četnost</b>	<b>relativní četnost</b>
<b>0</b>	8	15%
<b>1</b>	1	2%
<b>2</b>	2	4%
<b>3</b>	4	8%
<b>4</b>	7	13%
<b>5</b>	14	26%
<b>6</b>	5	9%
<b>7</b>	4	8%
<b>8</b>	4	8%
<b>9</b>	2	4%
<b>10</b>	2	4%

**Tab. 11 Vyšší hladina KT po období stresu**

<b>možnosti odpovědí</b>	<b>absolutní četnost</b>	<b>relativní četnost</b>
<b>ano</b>	23	43%
<b>ne</b>	5	9%
<b>nevím</b>	25	47%

**Tab. 12 Problémy s KT po období stresu nebo těžké životní situaci**

<b>možnosti odpovědí</b>	<b>absolutní četnost</b>	<b>relativní četnost</b>
<b>ano</b>	17	32%
<b>ne</b>	16	30%
<b>nevím</b>	20	38%

**Tab. 13 Překonané psychosociální situace před vzestupem KT**

<b>možnosti odpovědí</b>	<b>absolutní četnost</b>	<b>relativní četnost</b>
<b>smrt blízké osoby</b>	15	25%
<b>těžký úraz, postižení blízké osoby</b>	5	8%
<b>živelné katastrofy</b>	1	2%
<b>trestný čin (znásilnění, týrání atd.)</b>	0	0%
<b>sociální situace (ztráta bydlení, nedost. financí, dluhy atd.)</b>	8	13%
<b>těžké situace v rodině (drog. závislost, gemblerství atd.)</b>	2	3%
<b>neprožili žádnou těžkou živ. situaci</b>	24	39%
<b>jiné: resp. nejč. uvedli (válka, ztráta práce, rozvod)</b>	6	10%

**Tab. 14 Potlačení zloby**

<b>možnosti odpovědí</b>	<b>nejčastěji příčiny vyvolávající zlobu</b>	<b>absolutní četnost</b>	<b>relativní četnost</b>
<b>ano</b>	resp. nejč. uvedli: (konflikt, děti, rodina, politika, studenti, stres, sousedé)	19	36%
<b>ne</b>	–	34	64%

**Tab. 15 Podřizování okolí**

<b>možnosti odpovědí</b>	<b>absolutní četnost</b>	<b>relativní četnost</b>
<b>ano</b>	23	43%
<b>ne</b>	30	57%

**Tab. 16 Pocítění tělesných příznaků (bušení srdce, návaly horka, svírání na hrudi atd.)**

<b>možnosti odpovědí</b>	<b>nejčastější příčiny vyvolání</b>	<b>absolutní četnost</b>	<b>relativní četnost</b>
<b>ano</b>	resp. nejč. uvedli: stres rozčilení, práce, námaha, počasí, strach	30	57%
<b>ne</b>	–	23	43%

**Tab. 17 Vliv těžkých životních situací na krevní tlak**

<b>možnosti odpovědí</b>	<b>absolutní četnost</b>	<b>relativní četnost</b>
<b>ano</b>	38	72%
<b>ne</b>	1	2%
<b>nevím</b>	14	26%

**Tab. 18 Vzájemné ovlivnění tělesné a duševní složky**

<b>možnosti odpovědí</b>	<b>absolutní četnost</b>	<b>relativní četnost</b>
<b>ano</b>	28	53%
<b>ne</b>	3	6%
<b>nevím</b>	22	42%

**Tab. 19 Vzájemný vliv tělesné a duševní složky na krevní tlak**

<b>možnosti odpovědí</b>	<b>absolutní četnost</b>	<b>relativní četnost</b>
<b>ano</b>	45	85%
<b>ne</b>	1	2%
<b>nevím</b>	7	13%

**Tab. 20 Doporučení ošetřujícího lékaře k vyhledání jiné pomoci**

<b>možnosti odpovědí</b>	<b>absolutní četnost</b>	<b>relativní četnost</b>
<b>ano</b>	0	0%
<b>ne</b>	53	100%

**Tab. 21 Vyhledání odborné pomoci při překonávání těžké psychosociální situace**

<b>možnosti odpovědí</b>	<b>absolutní četnost</b>	<b>relativní četnost</b>
<b>ano</b>	2	4%
<b>ne</b>	51	96%



## Příloha 2 Dotazník pro respondenty



TECHNICKÁ UNIVERZITA V LIBERCI

ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studentská 2, 461 17 LIBEREC I  
Tel.: 485 353 722, fax: 485 353 721

Jmenuji se Pavlína Honců , jsem studentka 3. ročníku Ústavu zdravotnických studií na Technické univerzitě v Liberci a chtěla bych vás požádat o vyplnění tohoto anonymního dotazníku, který je určen pro populaci která má problémy s vysokým krevním tlakem. Dotazník je součástí mé bakalářské práce na téma **Psychosomatická onemocnění v dospělosti**.

*Vyplňování:* U každé otázky zakřížkujte prosím jednu odpověď, pokud není uvedeno jinak. Na místech vyznačených tečkami doplňte celá slova či věty.

Předem vám děkuji za pravdivé vyplnění a trpělivost.

### Dotazník

1) Pohlaví: ☐ muž ☐ žena

2) Věk:.....

3) Kolik vám bylo let, když se u vás projevil vysoký krevní tlak vypište:.....

4) Vyskytuje se vysoký tlak u dalších členů vaší rodiny?

☐ ano ☐ ne

5) Povolání:..... (případně bývalé povolání)

6) Vypište jaká byla vaše poslední naměřená hodnota krevního tlaku:.....mm Hg

( příklad uvádění hodnot krevního tlaku: 120/80mm Hg)

- pokud nevíte, zaškrtněte jednu z následujících možností:

Myslím si že: ☐ mám mírně zvýšenou hladinu krevního tlaku (mírná hypertenze)

☐ mám více zvýšenou hladinu krevního tlaku (středně těžká hypertenze)

☐ mám o hodně zvýšenou hladinu krevního tlaku (těžká hypertenze)

7) Užíváte trvale léky na vysoký krevní tlak?

☐ ano ☐ ne

8) Myslíte si, že stres zvyšuje hladinu krevního tlaku?

☐ ano ☐ ne ☐ nevím

9) Prožíváte stres?

☐ ano ☐ ne ☐ nevím

10) Jak často se cítíte ve stresu?

- ☐ každý den
- ☐ jednou týdně
- ☐ jednou za 14dní
- ☐ jednou za měsíc
- ☐ jednou za půl roku
- ☐ stres neprožívám
- ☐ jiné:.....

11) Jakou míru a intenzitu má váš stres? Zakreslete na stupnici (0-žádný stres -10-nejvyšší možná hranice stresu)



12) Bývá vaše hladina krevního tlaku vyšší po období stresu?

☐ ano ☐ ne ☐ nevím

13) Projevily se vaše problémy s krevním tlakem po období stresu či po těžké životní situaci?

☐ ano, uveďte nejčastější příčinu stresu, či živ.situaci:.....

.....

☐ ne

☐ nevím

14) Zaškrtněte, jaké těžké psychosociální situace jste překonal/a před tím, než se projevil vysoký krevní tlak  
možné zaškrtnout i více odpovědí:

- ☐ smrt velmi blízké osoby
- ☐ těžký úraz či postižení velmi blízké osoby a následně její závislost na vás
- ☐ živelné katastrofy (povodně, požár atd.)
- ☐ trestný čin (znásilnění, týraní atd.)
- ☐ sociální situace (ztráta bydlení, kritický nedostatek financí, dluhy atd.)
- ☐ těžké situace v rodině (drogová závislost, gemblerství atd.)
- ☐ jiné:.....
- ☐ neprožil/a jsem žádnou těžkou životní situaci

15) Potlačujete v sobě často zlobu, aniž byste ji projevil/a?

☐ ano uveďte, co ji nejčastěji vyvolává .....

☐ ne

16) Podřizujete se často svému okolí?

☐ ano

☐ ne

17) Pociťujete na sobě často některý z těchto tělesných příznaků (bušení srdce, návaly horka, svírání na hrudi) ?

☐ ano, uveďte co je nejčastěji jejich příčinou:.....

☐ ne

18) Myslíte si, že překonané těžké životní situace mají vliv na hladinu krevního tlaku?

☐ ano ☐ ne ☐ nevím

19) Myslíte si, že tělesná složka (lidské orgány jejich správná funkce) a duševní složka (psychika) člověka se vzájemně ovlivňují?

☐ ano, uveďte příklad jak:.....

☐ ne

☐ nevím

20) Myslíte si, že tělesná složka a psychický stav mají vzájemný vliv na vysoký krevní tlak?

☐ ano

☐ ne

☐ nevím

21) Doporučil vám ošetřující lékař při léčbě vysokého krevního tlaku psychologickou či psychiatrickou pomoc?

☐ ano

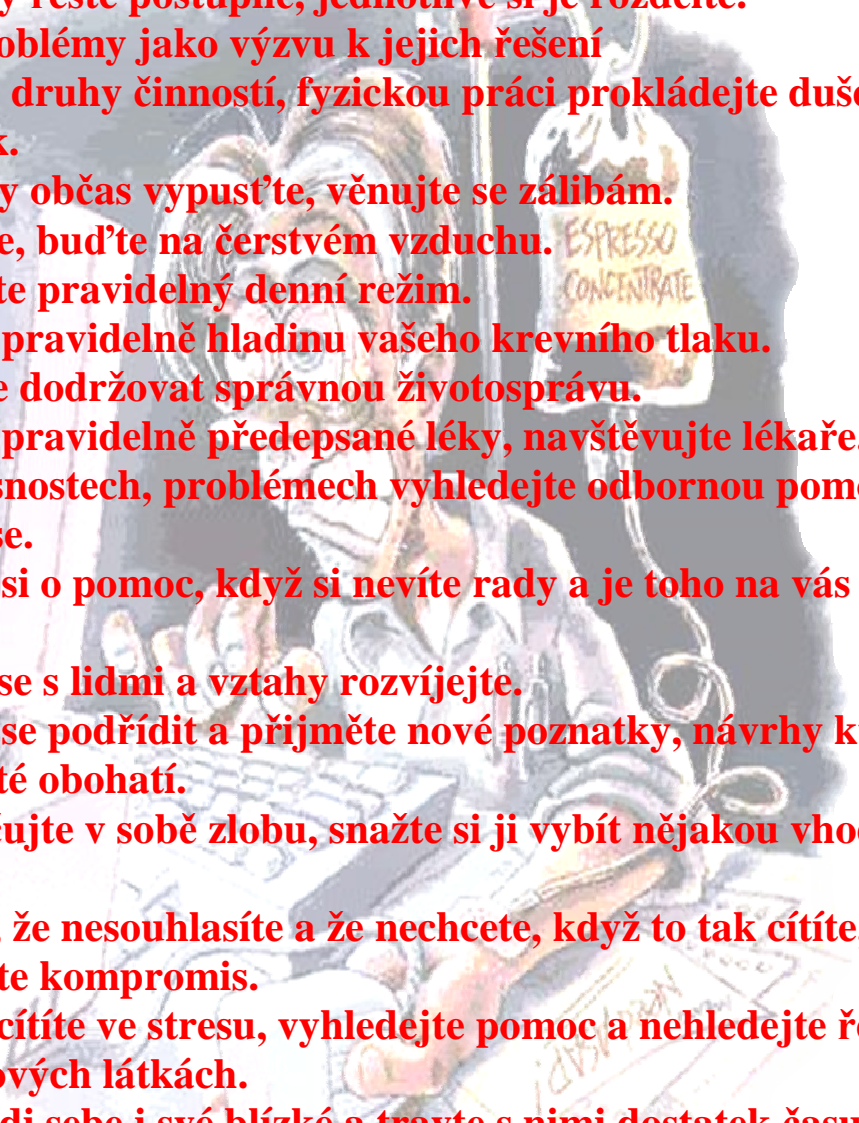
☐ ne

22) Když jste prožíval/a stres či překonával těžkou psychosociální situaci vyhledal/a jste odbornou pomoc?

☐ ano, koho:.....

☐ ne

## JAK PŘEDCHÁZET VZNIKU ČI VZESTUPU KREVNÍHO TLAKU

- 
- ❖ Plánujte své činnosti, aby se vám povinnosti nehromadily.
  - ❖ Problémy řešte postupně, jednotlivě si je rozdělte.
  - ❖ Berte problémy jako výzvu k jejich řešení
  - ❖ Strídejte druhy činností, fyzickou práci prokládejte duševní a naopak.
  - ❖ Problémy občas vypusťte, věnujte se zálibám.
  - ❖ Sportujte, buďte na čerstvém vzduchu.
  - ❖ Dodržujte pravidelný denní režim.
  - ❖ Sledujte pravidelně hladinu vašeho krevního tlaku.
  - ❖ Snažte se dodržovat správnou životosprávu.
  - ❖ Užívejte pravidelně předepsané léky, navštěvujte lékaře.
  - ❖ Při nejasnostech, problémech vyhledejte odbornou pomoc a nebojte se.
  - ❖ Řekněte si o pomoc, když si nevíte rady a je toho na vás mnoho.
  - ❖ Přátelte se s lidmi a vztahy rozvíjejte.
  - ❖ Dokažte se podřídit a přijměte nové poznatky, návrhy které vás zajisté obohatí.
  - ❖ Nepotlačujte v sobě zlobu, snažte si ji vybit nějakou vhodnou činností.
  - ❖ Řekněte, že nesouhlasíte a že nechcete, když to tak cítíte, vyhledejte kompromis.
  - ❖ Když se cítíte ve stresu, vyhledejte pomoc a nehledejte řešení v návykových látkách.
  - ❖ Mějte rádi sebe i své blízké a travte s nimi dostatek času.
  - ❖ Nezapomeňte, že život není jen o práci ale i o radostech.